

UNE ÉTUDE DE CAS SUR LE PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE :

Réussites du Sénégal et défis restants pour le programme de lutte contre le paludisme pendant la grossesse

Juillet 2011



Préparée par :

Reena Sethi

Karim Seck

Aimee Dickerson

Christine O'Malley



USAID
DU PEUPLE AMERICAIN



Maternal and Child Health
Integrated Program

UNE ÉTUDE DE CAS SUR LE PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE :

Réussites du Sénégal et défis restants pour le
programme de lutte contre le paludisme pendant la
grossesse

Juillet 2011

Préparée par :

Reena Sethi

Karim Seck

Aimee Dickerson

Christine O'Malley

Table des Matières

Remerciements	iii
Sigles	v
Resume analytique	vii
Une etude de cas sur le paludisme pendant la grossesse : Reussites rencontrees par le senegal et defis restants pour le programme de lutte contre le paludisme pendant la grossesse.....	1
Introduction	1
Donnees generales	1
But et objectifs de l'etude de cas.....	2
Méthodologie.....	2
Résultats	3
Profil epidémiologique du paludisme au Sénégal	3
Morbidity et mortalité.....	4
Interactions du paludisme et du VIH	5
Gestion et coordination du programme de PPG	5
Stratégie.....	6
Formulation de politiques.....	8
Directives de prévention.....	8
Directives sur la prise en charge des cas.....	9
Progrès au niveau des interventions : Indicateurs PPG	10
Analyse—stades de la mise en oeuvre du programme de PPG	13
Intégration (Stade 3).....	15
Politiques (Stade 4)	16
Produits : Approvisionnement et gestion des fournitures (Stade 2).....	17
Assurance de la qualité (Stade 2).....	19
Renforcement des capacités (Stade 3).....	20
Suivi et evaluation (Stade 4).....	21
Sensibilisation et engagement communautaires (Stade 3,5)	24
Financement (Stade 3).....	26
Discussion et leçons retenues.....	26
Facteurs influençant les goulots d'étranglement et lever ces goulots.....	26
Réussites et meilleures pratiques	29
Conclusions et recommandations	30
References	34

Annexe 1 : Sources de données nationales pour les études de cas.....	38
Annexe 2 : Indicateurs prioritaires PPG et sources de données correspondantes	39
Annexe 3 : Matrice des étapes de mise en œuvre du programme de lutte contre le paludisme pendant la grossesse.....	41
Annexe 4 : Organisations partenaires de PPG	44
Annexe 5 : Ressources sur le web.....	46

List of Figures

Figure 1. Incidence du paludisme au Sénégal pour 1000 habitants par district, 2009.....	3
Figure 2. Pourcentage de morbidité imputable au paludisme au Sénégal, population générale et femmes enceintes	4
Figure 3. Structure organisationnelle du système de soins de santé du Sénégal	5
Figure 4. Nombre de mois de grossesse lors de la première CPN, 2005	11
Figure 5. Pourcentage de femmes enceintes qui ont reçu deux doses ou plus de TPIg.....	12
Figure 6. Couverture en moustiquaires chez les femmes enceintes	13
Figure 7. Étapes d'avancement de la lutte contre le PPG.....	14

List of Tables

Tableau 1. Programme des services de lutte contre le paludisme pendant la grossesse.....	9
Tableau 2. Directives de la prise en charge du paludisme pendant la grossesse	10
Tableau 3. Résultats de l'EDS lors des CPN	11
Tableau 4. Consultations des cas de paludisme et morbidité imputable au paludisme chez les femmes enceintes	12
Tableau 5. Echelle de l'état d'avancement du programme de PPG.....	13
Tableau 6. Indicateurs S&E pour les interventions de PPG	23
Tableau 7. Goulots d'étranglement et leçons retenues du programme de PPG au Sénégal	27

Remerciements

Les auteurs tiennent à remercier le Ministère de la santé publique du Sénégal, notamment le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP) et la Division de la santé de la reproduction, en particulier le Dr. Pape Moussa Thior et le Dr. Bocar Daff, pour leur assistance et contributions à cette étude de cas. Nous aimerions également remercier l'équipe de l'Initiative contre le paludisme du Président de son soutien et de ses contributions techniques tout au long du développement de la présente étude de cas. L'ample feedback et contribution d'Elaine Roman ont été grandement appréciés. Nous aimerions également remercier tous ceux qui ont revu l'étude de cas dont Koki Agarwal, Jennifer Yourkavitch, Barbara Rawlins, William Brieger, Izetta Simmons, Debbie Gueye, Robert Perry, Akua Kwateng Ado, Eric Tongren et Kwame Asamoah.

Il convient de remercier tout particulièrement le personnel programmatique et technique des organisations suivantes qui a été interviewé pour cette étude et dont les connaissances et l'expertise ont rendu possible la réalisation du présent rapport :

Africare

Association Nationale des Sages-femmes d'Etat du Sénégal (ANSFES)

Banque Mondiale

Centre de santé Dominique de Pikine

Ecole Nationale de Développement Sanitaire et Sociale (ENDSS)

Institut Santé et Développement (ISED)

IntraHealth International

Migration pour le développement en Afrique (MIDA)

Ministère de la Santé et de la Prévention, Direction de la Santé, Division de la Lutte Contre le Sida et les IST

Ministère de la Santé et de la Prévention, Division de la Santé de la Reproduction

Ministère de la Santé, Division des Soins de Santé Primaires (DSSP)

Ministère de la Santé et de la Prévention, Pharmacie Nationale d'Approvisionnement (PNA)

Ministère de la Santé et de la Prévention, Programme National Qualité

Ministère de la Santé et de la Prévention, Service National d'Information Sanitaire (SNIS)

Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

Programme National de Lutte contre le Paludisme (PNLP)

UNICEF

FNUAP

Photos de couverture par Karim Seck.

Le Programme intégré de santé maternelle et infantile (MCHIP) est le programme phare du Bureau de santé globale de l'USAID dans le domaine de la santé maternelle, néonatale et infantile (SMNI). MCHIP soutient les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile, de vaccinations, de planification familiale, de lutte contre le paludisme et le VIH/SIDA et encourage vivement toute occasion d'intégration. Les domaines techniques transversaux sont ceux de l'approvisionnement de l'eau, de l'assainissement, de l'hygiène, de la santé urbaine et du renforcement des systèmes de santé.

Cette étude a pu être réalisée grâce au soutien généreux du peuple américain par le biais de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement international (USAID), aux termes de l'accord coopératif GHS-A-00-08-00002-00. La responsabilité du contenu incombe au Programme intégré de santé maternelle et infantile (MCHIP) et ne reflète pas forcément les vues de l'USAID ou du Gouvernement des Etats-Unis.

Sigles

ASC	Agent de santé communautaire
CCC	Communication pour le changement de comportement
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CIDA	Canadian International Development Agency (Agence canadienne du développement international)
CPN	Consultations prénatales
CTA	Combinaisons thérapeutiques de l'artémisinine
DOT	Directly-observed Therapy (traitement sous observation directe)
EDS	Enquête démographique et de santé
ENDSS	Ecole nationale de développement sanitaire et social
ENPS	Enquête nationale sur le paludisme au Sénégal
IEC	Information, éducation et communication
ISED	Institut Santé et Développement
MAC	Malaria Action Coalition
MCHIP	Maternal and Child Health Integrated Program (Programme intégré de santé maternelle et infantile)
MICS	Multi-Indicator Cluster Survey (enquête sur grappes à multiples indicateurs)
MII	Moustiquaire imprégnée d'insecticide
MILDA	Moustiquaire imprégnée d'insecticide à longue durée d'action
MSH	Management Sciences for Health
MSP	Ministère de la santé et de la prévention
OMS	Organisation mondiale de la santé
PMI	President's Malaria Initiative
PNLP	Programme national de Lutte contre le Paludisme
PPG	Paludisme pendant la grossesse
PSMNI	Programme de santé maternelle, néonatale et infantile
PTME	Prévention de la transmission mère à enfant
RAOPAG	Le Réseau d'Afrique de l'Ouest contre le Paludisme Pendant la Grossesse
RBM/FRP	Roll Back Malaria/Faire reculer le paludisme
TDR	Test de diagnostic rapide
RPM Plus	Rational Pharmaceutical Management Plus
S&E	Suivi et évaluation
SIGS	Système d'information pour la gestion sanitaire

SMI	Santé maternelle et infantile
SNIS	Service National de l'Information Sanitaire
SP	Sulfadoxine-Pyriméthamine
SR	Santé de la reproduction
TPIg	Traitement préventif intermittent pendant la grossesse
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international

Résumé Analytique

Introduction et données générales : Un grand nombre de pays de l'Afrique subsaharienne ont fait un grand pas en avant vers la réalisation des objectifs de leur programme de lutte contre le paludisme pendant la grossesse (PPG). Toutefois, la plupart des pays ont encore bien du chemin à parcourir pour atteindre les buts de couverture fixés par l'Initiative Faire Reculer le Paludisme (FRP/RBM) (80%) et la President's Malaria Initiative (PMI) (85%) concernant le traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIg) et la couverture avec des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) parmi les femmes enceintes.

Le Sénégal a été retenu parmi les pays où le paludisme est endémique comme un chef de file de l'exécution réussie des interventions de prévention et de contrôle du paludisme pendant la grossesse. Avec le soutien de PMI, le Programme intégré de santé maternelle et infantile (MCHIP) a réalisé une étude de cas de décembre 2009 à mars 2010 se penchant sur la mise en œuvre de la lutte contre le PPG au Sénégal. Le pays a été choisi en fonction de deux indicateurs liés au PPG : l'utilisation du TPIg¹ et l'utilisation des MII², ainsi que pour ses aspects culturels et géographiques.

Le pays est jugé "hautement performant" sous l'angle de la lutte contre le paludisme pendant la grossesse, comparée à d'autres pays de l'Afrique subsaharienne, utilisant probablement des stratégies réussies ou des meilleures pratiques qui pourraient éventuellement être adaptées et appliquées dans d'autres pays où le paludisme est endémique.

Objectifs et méthodes : Alors que les pays élargissent leurs programmes de lutte contre le PPG, il est important de retenir les leçons d'importance critique ainsi que les pratiques de mise en œuvre prometteuses qui pourront être envisagées, adoptées et appliquées en fonction des besoins contextuels de chaque pays. Cette étude de cas a pour but de faire mieux comprendre les programmes de lutte contre le paludisme pendant la grossesse au Sénégal, notamment :

1. Les meilleures pratiques³/stratégies qui ont soutenu la réussite des programmes de PPG ;
2. Les goulots d'étranglement dans les programmes de PPG et les manières dont ils ont été supprimés ; et
3. Les leçons retenues qui pourront étayer les futurs programmes de PPG.

L'étude de cas permettra également de mettre au point un cadre standardisé pour l'analyse des meilleures pratiques et goulots d'étranglement dans la mise en œuvre des programmes de PPG.

La méthodologie utilisée repose sur un examen de sources de données secondaires et des entretiens qualitatifs approfondis. Les résultats ont été analysés en fonction de l'échelle de l'état d'avancement, cadre mis au point par Jhpiego et les partenaires de Malaria Action Coalition⁴

¹ L'utilisation du TPIg est définie comme le pourcentage de femmes enceintes, dans les régions de transmission stable du paludisme, qui reçoivent au moins deux doses de TPI à un mois d'intervalle (OMS 2007).

² L'utilisation des MII est définie comme le pourcentage de femmes enceintes qui ont indiqué qu'elles avaient dormi sous une moustiquaire la nuit précédente (OMS 2007).

³ Aux fins de cette évaluation, le terme meilleure pratique sera utilisé dans le contexte des pratiques novatrices car l'évaluation se fonde essentiellement sur les analyses de données et les entretiens qualitatifs.

⁴ De 2002–2007, MAC financé par l'USAID a fourni un soutien technique pour la prévention et le traitement du paludisme en Afrique, à l'appui de l'Initiative Faire reculer le paludisme (FRP/RBM). Le partenariat MAC comprend les Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ; le Programme Accès aux services cliniques et communautaires de santé maternelle et néonatale et santé de la femme, dirigé par Jhpiego; Rational Pharmaceutical Management Plus (RPM Plus)/Management Sciences for Health (MSH) ; et l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

(MAC) pour déterminer à quelle étape se trouve la mise en œuvre du programme de PPG. Le cadre examine huit domaines clés des programmes de PPG :

- Intégration
- Politiques
- Produits
- Assurance de la qualité
- Renforcement des capacités
- Sensibilisation et engagement communautaires
- Suivi et évaluation (S&E)
- Financement

Meilleures pratiques : En général, le Sénégal est arrivé à un niveau moyen à élevé dans la mise en œuvre des composantes essentielles de la lutte contre le paludisme pendant la grossesse. Les domaines enregistrant des points forts sont l'intégration, la formulation et l'application des politiques, le suivi et l'évaluation ainsi que la sensibilisation et l'engagement communautaires. Certains domaines demandant un net renforcement sont ceux du système de supervision formative, de la disponibilité et utilisation accrue des MII parmi les femmes enceintes, et de l'organisation de réunions régulières entre la division de la SR et le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP).

Meilleures pratiques clé retenues qui ont contribué aux forces observées :

- Mise au point d'une politique explicite du TPIg
- Intégration de PPG aux consultations prénatales (CPN)
- Nets progrès dans les politiques et la logistique pour un accès maximum à la sulfadoxine-pyriméthamine (SP)
- Engagement des organisations à base communautaire et des agents de santé communautaire (ASC) pour élargir l'accès aux services de PPG
- Restructuration du système de S&E avec accès élargi aux données de PPG et utilisation accrue de ces données pour la prise de décisions

Goulots d'étranglement et leçons retenues : Un certain nombre de défis ainsi que les stratégies de mitigation et les leçons retenues sont revues et présentées dans le tableau ci-après.

Goulots d'étranglement et leçons retenues dans la mise en œuvre du programme de PPG au Sénégal

COMPOSANTE	DEFI/GOULOT D'ETRANGLEMENT	STRATEGIES DE MITIGATION ACTUELLES	LECONS RETENUES
Intégration	Le lien entre la division SR du MSP et le PNLN reste faible	Avoir des réunions plus régulières entre la division de la SR et le PNLN. Renforcer la collaboration entre la division de la SR et le PNLN en formulant un plan conjoint pour la prévention et la prise en charge des cas de PPG, tel que prévu dans le Plan stratégique national du PNLN 2011-2015.	Les services de PPG sont intégrés comme composante clé dans les services de santé maternelle, infantile et juvénile au niveau du centre de santé et il est important d'avoir également une solide relation entre la SR et le PNLN pour disposer d'une politique intégrée qui facilitera la prestation d'une enveloppe holistique de services de lutte antipaludique pour les femmes enceintes. Encourager le partenariat lorsque le PNLN peut apporter une direction technique et que la SR peut gérer la mise en œuvre : c'est la clé d'une réussite à long terme.

COMPOSANTE	DEFI/GOULOT D'ETRANGLEMENT	STRATEGIES DE MITIGATION ACTUELLES	LECONS RETENUES
Politiques	Utiliser uniquement la quinine pour traiter le PPG	Revoir la politique du PNL, conformément aux directives de l'OMS, prévoyant l'utilisation des CTA pendant les second et troisième trimestres de la grossesse.	La quinine et les fournitures utilisées pour l'administration sont chères pour les femmes au Sénégal alors que les CTA sont distribuées gratuitement au reste de la population. Il est important de revoir la politique pour inclure les CTA pour les femmes enceintes afin d'élargir l'accès à un traitement efficace pour les femmes enceintes.
Produits	Inadéquation de la disponibilité et de la distribution des MII	Distribution prioritaire aux zones les plus touchées et aux populations les plus vulnérables, y compris aux femmes enceintes. Mise en œuvre de la stratégie de couverture universelle en MILDA (dès 2010) avec distribution gratuite des MILDA aux femmes enceintes qui se rendent aux CPN et campagne d'éducation pour encourager leur utilisation.	Les MILDA sont une stratégie efficace par rapport aux coûts pour réduire l'incidence du paludisme pendant la grossesse. Les femmes enceintes sont moins susceptibles de contracter le paludisme si tous les membres de la famille dorment sous une MILDA. Une stratégie de couverture universelle, y compris distribution gratuite et volet communautaire pour encourager l'utilisation des MILDA démontrent l'engagement à une expansion rapide à la prévention pour tous.
	Stock inadéquat de SP en 2010	Collaborant avec le PNL, la pharmacie nationale d'approvisionnement quantifie et achète la SP. Achat du SP nécessaire par le gouvernement plutôt que de dépendre du soutien des bailleurs de fonds.	S'il n'existe pas un approvisionnement suffisant en SP, les femmes enceintes ne peuvent pas recevoir le TPIg pendant les CPN, et cela laisse vulnérables au paludisme. Il est essentiel pour assurer la disponibilité de SP de mettre en priorité les femmes enceintes pour SP, de vérifier que le médicament correct est commandé, de comprendre la politique de distribution gratuite de SP dans les CPN et de gérer correctement les stocks aux niveaux national, régional et de district.
Assurance de la qualité	Faible système de supervision constructive	Mise au point de normes et de protocoles uniformisés pour les services de santé de la reproduction et pour les différents niveaux du système de santé. Formation des superviseurs portant sur l'utilisation des outils.	Une supervision formative régulière est nécessaire pour vérifier une prestation appropriée des services de lutte contre le paludisme pendant la grossesse. Une supervision formative est nécessaire pour combler les lacunes et identifier de nouveaux domaines programmatiques qui ont besoin d'attention et de soutien. Les normes d'assurance de la qualité qui peuvent être utilisées pour guider une supervision formative devraient être appliquées à tous les niveaux du système de santé et seront modifiées pour tenir compte du type de services disponibles dans les divers types d'établissement. Le manque de ressources pour une supervision formative ne devrait pas arrêter le processus mais des stratégies seront mises au point pour utiliser de la meilleure manière possible les ressources, notamment en donnant la priorité aux établissements de faible performance et à la supervision sur place.

COMPOSANTE	DEFI/GOULOT D'ETRANGLEMENT	STRATEGIES DE MITIGATION ACTUELLES	LECONS RETENUES
Renforcement des capacités	Performance inadéquate des prestataires au niveau de la fourniture des services de PPG.	<p>Le plan de formation sur la lutte contre le paludisme pendant la grossesse a été mis à jour récemment et il est dispensé à tous les professionnels de la santé (autres que les médecins qui suivent un programme différent qui comprend également un volet sur la lutte contre le paludisme chez la femme enceinte).</p> <p>Le PNLP vérifie que le personnel nouvellement recruté dans un établissement suit une formation en cours d'emploi sur la prévention et le contrôle du paludisme pendant la grossesse.</p> <p>Le PNLP a mis au point un cours complet sur le paludisme pour les médecins chefs et les superviseurs des soins de santé primaires.</p>	De pair avec une supervision formative, le programme de formation pour la prévention et le contrôle du paludisme, y compris le PPG, devrait être mis à jour régulièrement pour incorporer les changements dans les protocoles et la politique.
	Pénurie du personnel de soins de santé	Formation des ASC et évaluation de leur performance par les membres communautaires et le personnel des établissements de santé.	Une formation peut être donnée aux ASC pour qu'ils puissent donner des messages sur la prévention et le contrôle du paludisme pendant la grossesse aux femmes de la communauté, surtout si on manque de personnel clinique. Ces messages indiqueront l'importance de l'utilisation des moustiquaires pendant la grossesse, le fait de venir à quatre CPN et de prendre le TPIg. Si les ASC apportent cette information, cela réduira la charge de travail du personnel de santé des établissements, surtout s'il existe déjà une pénurie du personnel des CPN.
Sensibilisation et engagement communautaires	<p>Consultations tardives des CPN</p> <p>Il faut encore augmenter l'utilisation des moustiquaires imprégnées aux insecticides chez les femmes enceintes</p>	<p>Le PNLP est engagé à travailler avec les organisations communautaires pour organiser les efforts de mobilisation sociale au niveau communautaire.</p> <p>Le PNLP a coordonné avec le Service national de l'éducation et de l'information sanitaires pour formuler et mettre en œuvre un plan de lutte contre le paludisme, y compris le paludisme pendant la grossesse.</p>	L'engagement de la communauté dans les efforts de prévention et de contrôle du paludisme pendant la grossesse peut encourager les femmes à venir aux CPN au début de la grossesse et elles seront sensibilisées ainsi à l'importance de l'utilisation des MII et du TPIg. Des campagnes de CCC au niveau communautaire peuvent également aider à corriger les conceptions erronées sur l'utilisation des MII. La combinaison de services de qualité et d'extension communautaire dans les zones reculées élargit l'accès aux CPN et aux MII et renforce leur utilisation.

COMPOSANTE	DEFI/GOULOT D'ETRANGLEMENT	STRATEGIES DE MITIGATION ACTUELLES	LECONS RETENUES
Suivi et évaluation	Suivi inadéquat des indicateurs du paludisme	Restructuration du système de S&E avec révision des formulaires et modèles de notification/compte rendu. Mise en place d'une base de données informatisée pour intégrer l'information standardisée entre les différents niveaux du système de santé.	Un bon suivi et une évaluation correcte des interventions de lutte contre le paludisme pendant la grossesse peuvent aider à informer les organismes d'exécution, les concepteurs des programmes et toutes les parties concernées sur les progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs souhaités et indiquer l'impact qu'on les activités actuelles de prévention du paludisme sur les femmes enceintes.

Recommandations : Pour atteindre l'objectif — 80% des femmes enceintes ont accès au paquet des interventions de PPG⁵ — les actions suivantes sont recommandées :

- Renforcer la collaboration entre la Division de la SR, le PNLP et la Division de la lutte contre le VIH afin de soutenir des politiques et des activités coordonnées
- Formuler un paquet d'orientation simplifiée sur les éléments clés de la politique et des directives de PPG aux fins de diffusion rapide au personnel de santé
- Continuer à investir les ressources dans la formation des ASC dans le cadre d'une stratégie pour éduquer les femmes enceintes sur le PPG et renforcer l'observance et l'adhésion au TPIg et à l'utilisation des MII
- Renforcer les capacités permettant d'apporter une supervision formative et de faire une auto-évaluation sur place pour améliorer les services de PPG
- Fournir des MILDA gratuites aux femmes enceintes par le biais d'une expansion rapide de la stratégie de couverture universelle

Le Sénégal est le second pays qui a documenté et analysé les meilleures pratiques et les goulots d'étranglement dans la mise en œuvre de son programme de lutte contre le PPG, utilisant le cadre analytique et des entretiens avec les parties concernées. Le processus a été appliqué auparavant en Zambie en 2009, dont fait état un rapport sur les conclusions et recommandation de ce pays. Cet exercice aidera non seulement le Sénégal à faire le point de la situation mais aussi à dégager l'enseignement pertinent qui servira de base à l'expansion future. L'utilisation des études de cas du Sénégal et de la Zambie comme modèle pour ensuite les adapter aux situations locales pourra aider d'autres pays africains à évaluer leur progrès dans la lutte contre le PPG et à déterminer les étapes suivantes. L'information obtenue d'un tel effort conjoint, une fois partagée et discutée dans un forum régional, a le potentiel d'accélérer rapidement les progrès faits pour prévenir le PPG.

⁵ Le plan stratégique de l'Initiative Faire Reculer le Paludisme 2005–2015 préconise une couverture de 80% des interventions antipaludiques d'ici 2010. Les interventions de PPG sont définies par le biais de l'approche préventive à trois axes de l'OMS se basant sur l'utilisation de : 1) le TPIg, 2) les MII, et 3) la prise en charge des cas de paludisme. Le plan stratégique national du Sénégal 2011–2015 pour la lutte antipaludique vise à augmenter le taux d'utilisation des MII et à étendre la couverture en TPIg à 80% et à traiter tous les cas de paludisme chez les femmes enceintes consultant les établissements de santé.

Une Etude de Cas sur le Paludisme Pendant la Grossesse :

Réussites Rencontrées par le Sénégal et Défis Restants pour le Programme de Lutte Contre le Paludisme Pendant la Grossesse

INTRODUCTION

Sur l'ensemble de l'Afrique subsaharienne, les programmes de lutte contre le paludisme pendant la grossesse (PPG) se trouvent à différents carrefours et tournants décisifs. Si de nombreux pays ont fait un grand pas en avant et se sont rapprochés de leurs buts, la plupart ont pourtant encore bien du chemin à parcourir pour atteindre les objectifs de l'Initiative Faire Reculer le Paludisme (RBM/FRP) (80%) et les objectifs de la President's Malaria Initiative (PMI) (85%) concernant le traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIg) et la couverture avec des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII) parmi les femmes enceintes.

Le Sénégal a été retenu parmi les pays où le paludisme est endémique comme un chef de file de l'exécution réussie des interventions de prévention et de contrôle du paludisme pendant la grossesse. Avec le soutien de PMI, le Programme intégré de santé maternelle et infantile (MCHIP) a réalisé une étude de cas de décembre 2009 à mars 2010 se penchant sur la mise en œuvre du programme de lutte contre le PPG au Sénégal. Le pays a été choisi à dessein en fonction de deux indicateurs se rapportant au PPG : l'utilisation du TPIg et l'emploi des MII ainsi que pour ses aspects culturels et géographiques. Le pays est jugé "hautement performant" sous l'angle de la lutte contre le paludisme pendant la grossesse, comparée à d'autres pays de l'Afrique subsaharienne, utilisant probablement des stratégies réussies ou des meilleures pratiques qui pourraient éventuellement être adaptées et appliquées dans d'autres pays où le paludisme est endémique.

Les enquêtes qui recueillent des données se rapportant au PPG sont devenues de plus en plus nombreuses et variées ces dix dernières années. Et, pourtant, malgré cette diversité dans les enquêtes à base de population, représentatives à l'échelle nationale, qui collectent à présent des données sur les indicateurs clés de FRP et de PMI sur l'application du TPIg et l'utilisation des MII, les raisons pour lesquelles les services et programmes de prévention et de lutte contre le paludisme pendant la grossesse dans la plupart des pays africains ne font pas plus de progrès ne sont toujours pas entièrement comprises. Subsistent encore des lacunes d'informations et ces lacunes sont différentes suivant les pays. Comme le montre la présente étude de cas, il faudrait notamment que les données sur la couverture soient reliées à la documentation sur la mise en œuvre des programmes de lutte contre le PPG pour faire ressortir les goulots d'étranglement dans la mise en œuvre ainsi que les réussites nous montrant pourquoi existent de telles déficiences ou de tels succès. L'enseignement ainsi retenu servira à mettre au point des meilleures pratiques qui aideront les pays où le paludisme est endémique à déployer plus d'effort pour atteindre les indicateurs de la lutte contre le PPG en particulier et autres indicateurs de la lutte antipaludique en général.

DONNEES GENERALES

Le Sénégal est un pays sahélien situé à l'extrême ouest de l'Afrique. Il est entouré par la Mauritanie au nord, le Mali à l'est, la Guinée et la Guinée Bissau au sud et par l'Océan atlantique. Le Sénégal entoure également la Gambie, qui sépare également la région de la

Casamance sénégalaise du reste du pays. Sa superficie couvre 196 840 kilomètres carrés et le pays est divisé en 14 régions, 46 départements et 75 districts sanitaires. En 2010, la population du Sénégal s'élevait à 12 861 000 personnes environ (Banque mondiale, 2011).

Le paludisme est endémique sur l'ensemble du Sénégal et c'est l'une des grandes causes de morbidité et de mortalité pour les groupes vulnérables comme les femmes enceintes (Ndiaye et Ayad, 2009). Au Sénégal, le taux de mortalité maternelle est de 400 pour 100 000 naissances vivantes (EDS, 2005), d'où toute l'importance de redoubler d'efforts pour améliorer les indicateurs de la santé maternelle. Ces deux dernières années, on assiste à un net recul dans le nombre de cas notifiés de paludisme, attribué essentiellement à un changement dans la politique de lutte exigeant à présent une confirmation parasitologique de tous les cas (PMI, 2009). La prévention du paludisme et la prise en charge des cas restent une priorité pour le MSP qui intervient par le biais du PNLIP et de l'Unité de SR en collaboration avec des partenaires locaux et internationaux pour mettre en œuvre des politiques et des programmes visant à améliorer les services pour les femmes enceintes et, finalement, à réduire l'incidence du paludisme pendant la grossesse.

BUT ET OBJECTIFS DE L'ETUDE DE CAS

La présente étude de cas a pour but de faire mieux comprendre la planification du programme de PPG au Sénégal, notamment en ce qui concerne les éléments suivants :

1. Meilleures pratiques⁶/stratégies qui favorisent la réussite du programme de PPG,
2. Goulots d'étranglement dans la mise en œuvre du programme de PPG et divers moyens pour les éliminer, et
3. Leçons retenues qui étayeront le futur programme de PPG.

Les leçons retenues et les pratiques de mise en œuvre prometteuses au Sénégal pourront être envisagées, adoptées et appliquées à d'autres pays en fonction de leurs besoins contextuels alors qu'ils élargissent et accélèrent leurs activités des PPG. L'étude de cas aidera également à mettre au point un cadre standardisé pour l'analyse des meilleures pratiques et des goulots d'étranglement dans la mise en œuvre du programme de lutte contre le paludisme pendant la grossesse.

MÉTHODOLOGIE

Un cadre analytique PPG a été mis au point (Annexes 1 et 2) en 2008 par Malaria Action Coalition/USAID ⁷ afin de disposer d'une vue complète des niveaux de couverture des indicateurs de la lutte antipaludique pendant la grossesse. Ce cadre a permis d'examiner huit domaines clés des programmes de PPG :

- Intégration
- Politiques
- Produits
- Assurance de qualité
- Renforcement des capacités
- Sensibilisation et engagement communautaires
- Suivi et évaluation (S&E)
- Financement

⁶ Aux fins de cette évaluation, le terme "meilleures pratiques" sera utilisé dans le contexte des pratiques novatrices puisque l'évaluation se fonde essentiellement sur les analyses de données existantes et sur les entretiens qualitatifs.

⁷ De 2002-2007, la Malaria Action Coalition (MAC) financée par l'USAID a apporté un soutien technique pour la prévention et le traitement du paludisme en Afrique, à l'appui du Partenariat Faire reculer le paludisme (RBM). MAC comprend : U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ; le Programme Accès aux services cliniques et communautaires de la santé maternelle, néonatale et santé de la femme (ACCESS); Rational Pharmaceutical Management Plus (RPM Plus)/Management Sciences for Health (MSH) ; et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

Dans ces domaines programmatiques, le cadre offre des directives spécifiques sur les aspects suivants :

- Identifier et obtenir des données sur la couverture de la lutte contre le paludisme pendant la grossesse qui sont disponibles au niveau du pays ;
- Déterminer le niveau de mise en œuvre du programme de lutte contre le paludisme pendant la grossesse dans un pays sur une échelle de 1–4 (Annexe 2) ;
- Proposer des méthodes pour collecter des informations supplémentaires en fonction des lacunes dans les deux premiers éléments ; et
- Relier la couverture et l'information sur la mise en œuvre pour détecter les goulets d'étranglement et les meilleures pratiques.

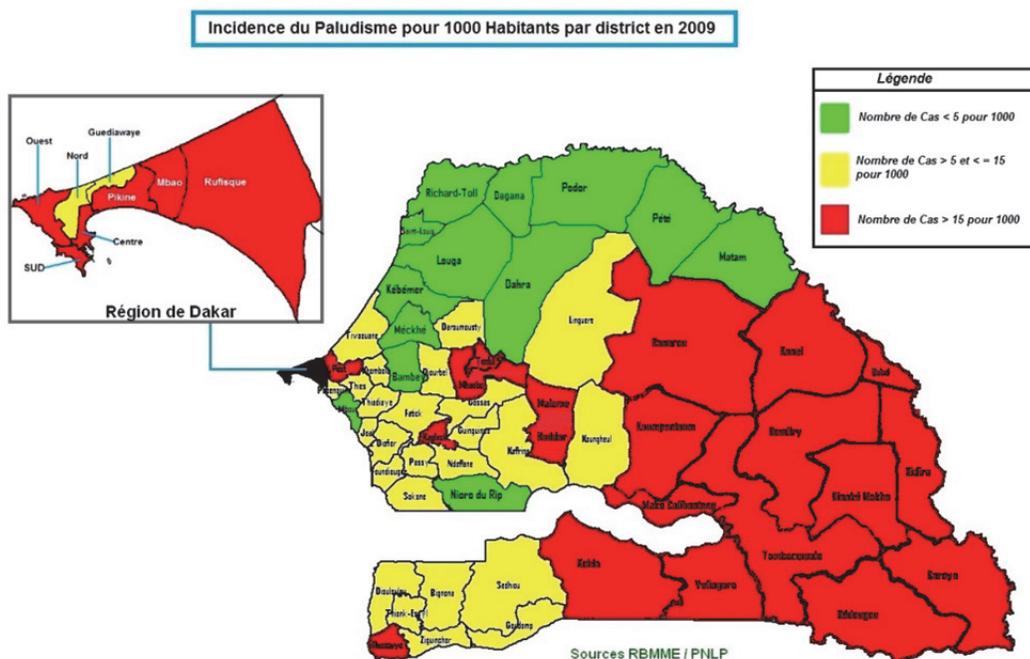
Ce cadre analytique PPG a été appliqué au Sénégal. Un examen a été fait des données dégagées par des enquêtes à base de population, comme l'EDS, l'enquête nationale sur le paludisme au Sénégal (ENPS) et des enquêtes du MSP. On a également organisé des entretiens qualitatifs approfondis avec les parties concernées du programme de lutte contre le PPG au niveau national dont le Programme national de lutte contre le paludisme (PNLP), le Programme national de santé de la reproduction, FRP et PMI ainsi qu'avec les partenaires de la mise en œuvre. Les résultats ont ensuite été analysés selon les Etapes de la mise en œuvre du programme de lutte contre le PPG (Annexe 2).

RÉSULTATS

Profil Epidémiologique du Paludisme au Sénégal

Endémicité

Figure 1. Incidence du paludisme au Sénégal pour 1000 habitants par district, 2009

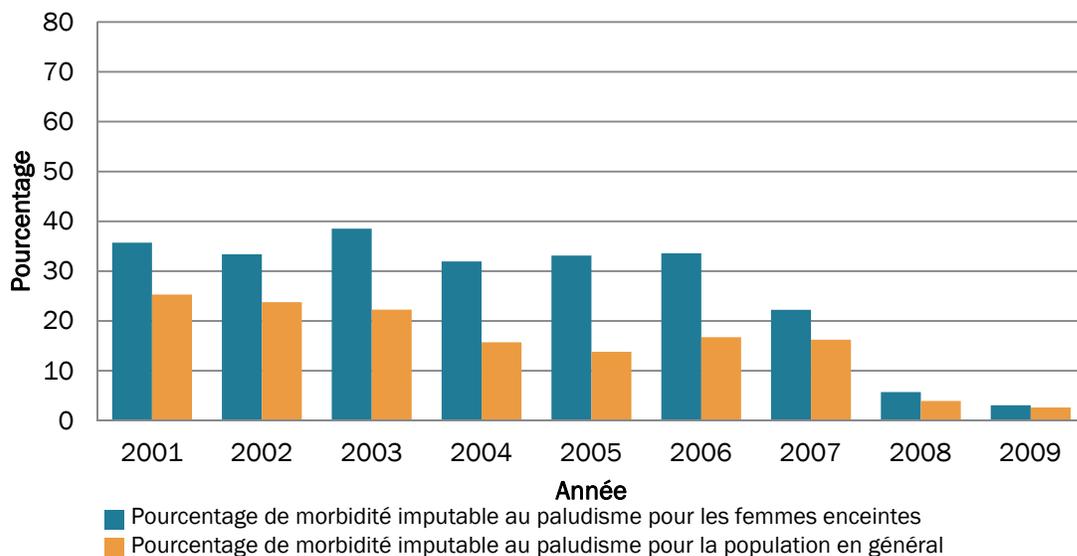


Le parasite *Plasmodium falciparum*, transmis toute l'année par les moustiques anophèles femelles est responsable de plus de 90% des infections. Le paludisme revêt un caractère endémique sur l'ensemble du pays bien que le niveau et l'intensité de la transmission varie d'une zone écologique à l'autre : la zone sahélienne au Nord avec moins de 300 millimètres de pluviosité entre juillet et septembre, la zone sahélienne centrale qui reçoit entre 400 et 1000 millimètres de pluviosité entre juillet et octobre et la zone tropicale au sud qui compte entre 1000 et 1250 millimètres de pluviosité entre juin et octobre (Figure 1). Les zones sahéliennes ont des taux élevés de transmission vers la fin de la saison des pluies et de faibles taux le reste de l'année. La zone tropicale connaît une transmission sur toute l'année avec un pic lors de la saison des pluies. Dans les zones péri-urbaines et les endroits près des fleuves, rivières et autres points d'eau permanents, la transmission risque de survenir toute l'année souvent sous forme de petites flambées de cas. Les différences au niveau de la transmission entre les zones écologiques sont un facteur important dans l'approche adoptée par le Sénégal à la lutte et prévention antipaludiques. Si la population entière du pays est exposée au risque de contracter le paludisme, cette maladie compte pourtant des conséquences particulièrement graves pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. Environ 488 000 femmes tombent enceintes chaque année au Sénégal et elles connaissent un risque plus élevé d'être impaludées (PMI, 2009).

Morbidité et mortalité

Jusqu'à ces dernières années, le paludisme était l'une des grandes causes de mortalité et de morbidité au Sénégal. En 2009, 174 890 cas ont été notifiés et, sur ce chiffre, 6 749 (3,9%) se sont présentés chez des femmes enceintes (Figure 2). Les femmes enceintes sont quatre fois plus susceptibles de souffrir de complications imputables au paludisme que les femmes non enceintes (Ndiaye et Ayad, 2009). De plus, les femmes lors de leur première ou deuxième grossesses et les femmes enceintes infectées par le VIH sont tout particulièrement exposées à un risque élevé de contracter l'infection paludéenne (Newman, Robalo et Quakyi, 2004). Lorsque le parasite du paludisme est séquestré dans le placenta, il existe un risque accru de naissance prématurée, de retard de croissance intrautérine, d'insuffisance pondérale à la naissance, d'avortement spontané, de mortalité, de paludisme congénital chez le nouveau-né et d'anémie maternelle (Newman, Robalo et Quakyi, 2004).

Figure 2. Pourcentage de morbidité imputable au paludisme au Sénégal, population générale et femmes enceintes



Source : PNLP 2009.

Source : Annuaire Statistique 2008, préparée par le Service National de l'Information Sanitaire.

Tel que le montre la Figure 2, en 2009, le paludisme était responsable d'un taux de morbidité de 3,07 % au sein de la population en général au Sénégal, et d'une morbidité de 2,63 % chez les femmes enceintes, soit un net recul par rapport à 2007, lorsque la morbidité s'élevait à 22,25 % et 16,25 %, respectivement, pour la population en général et pour les femmes enceintes en particulier. En octobre 2007, la politique antipaludique a été revue et une nouvelle directive a été promulguée demandant qu'un test de diagnostic soit effectué de tous les cas soupçonnés de paludisme, qu'un traitement soit dispensé et que soient notifiés seulement les résultats des tests positifs (Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, 2007). Auparavant, les cas de paludisme étaient confirmés sur la base de la présence de fièvre et d'autres symptômes cliniques. S'il reste difficile de comparer les données avant et après le changement de politiques, il n'en reste pas moins que la réduction des cas de paludisme est due partiellement à un tel changement qui favorise la confirmation biologique et à la sensibilisation plus grande de la population au paludisme (PMI, 2010).

Interactions du paludisme et du VIH

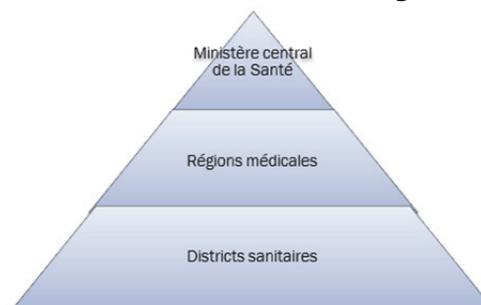
La co-infection du VIH et du MIP comporte de graves conséquences tant pour la mère que pour le fœtus. Les femmes infectées par le VIH souffrent presque toujours d'un paludisme plus périphérique et plus placentaire et connaissent des densités parasitaires plus élevées que les femmes qui ne sont pas infectées par le VIH. Chez les femmes atteintes d'une co-infection du paludisme et du VIH, on note une maladie plus fébrile, une anémie plus prononcée et un plus grand nombre de complications de l'accouchement. Le paludisme entraîne une répllication virale plus prononcée du VIH et une charge virale accrue, risquant de provoquer une évolution plus grave du VIH si elle n'est pas traitée correctement (Ter Kuile, 2004). Une infection paludéenne placentaire est associée à une augmentation dans la charge virale périphérique et placentaire du VIH-1, risquant d'augmenter le risque de transmission du VIH mère à enfant (Mwapasa, et al, 2004).

Au Sénégal, le taux de prévalence du VIH au sein de la population générale s'élève à 1% environ et le MSP a fait connaître son intention de maintenir la prévalence du VIH en dessous de la barre de 2% (PMI, 2010). D'après les statistiques de 2003, la prévalence médiane du VIH est de l'ordre de 1,2% et de 1,4% chez les femmes enceintes dans les zones urbaines et non-urbaines respectivement (ONUSIDA/OMS, 2008). Il n'existe pas de données spécifiques sur le niveau de co-infection par le paludisme et le VIH au Sénégal mais il existe par contre des directives pour la prévention du paludisme parmi les femmes enceintes infectées par le VIH.

Gestion et coordination du programme de PPG

Le système national de santé est organisé selon une structure pyramidale (Figure 3). Le MSP gère toutes les activités de santé. Un réseau régional d'hôpitaux de référence dispense les soins de santé et ce réseau est soutenu par des centres de santé au niveau des districts, des postes de santé dans les grands villages et de cases de santé dans les villages plus petits. Actuellement, le Sénégal compte 75 districts de santé, soit une augmentation par rapport aux 65 qui existaient en 2008. Chaque district compte au moins un centre de santé qui est géré par des médecins, une équipe de chirurgiens, d'infirmiers, de sages-femmes et d'agents de santé communautaire (ASC). Le centre de santé est relié à un réseau de postes et de cases de santé qui sont des structures sanitaires plus petites qu'on trouve dans les zones rurales. Les postes de santé sont gérés généralement par des infirmiers en chef et un grand nombre d'entre eux comptent également des sages-femmes parmi leur personnel. Les cases de santé sont le premier

Figure 3. Structure organisationnelle du système de soins de santé du Sénégal



point de contact pour les soins de santé primaires dans les communautés rurales (PNLP, 2010c). Leur personnel est composé de matrones et d'agents de santé communautaire. Ce personnel devrait être supervisé périodiquement par l'infirmier chef de poste.

Le Programme National de Lutte Contre le Paludisme (PNLP) au Sénégal a été créé en 1995 au sein de la Division de la lutte contre les maladies qui dépend de la Direction de la Santé. Le PNLN compte une cellule de coordination qui comprend quatre départements qui supervisent les activités : S&E, prévention et partenariat ainsi que prise en charge de cas, recherche et pharmacovigilance. Un comité national de pilotage a été créé par le Ministère de la santé en 1997 doté de plusieurs sous-comités afin de soutenir le fonctionnement du PNLN. La Division de la RH ainsi que d'autres divisions dont celles de la lutte contre le VIH/SIDA sont représentées par des sous-comités pertinents (par exemple la prévention). Le Comité de pilotage n'a pas fonctionné ces dernières années.

Aucun document spécifique ne définit les rôles et la coordination entre le PNLN et la Division de la SR mais dans la pratique le PNLN obtient un financement pour les activités de lutte contre le paludisme pendant la grossesse et apporte une direction technique et une supervision stratégique à l'unité de la SR. La Division de la SR coordonne et dispense des services liés aux CPN dont la lutte contre le paludisme pendant la grossesse et la PTME.

Si les rôles du PNLN et de la Division de la SR sont définis clairement, la coordination des activités n'en est pas toujours facile pour autant. Une des personnes interviewées a expliqué qu'il existe un point focal de la prévention du paludisme pendant la grossesse au sein de la division SR, tel que l'avait recommandé le Réseau de l'Afrique pour la prévention du paludisme pendant la grossesse (RAOPAG). Le PNLN a cherché à instaurer un processus de planification conjointe bien qu'en date de la dernière planification stratégique, la Division de la SR était incluse dans la revue de programme mais ne faisait pas partie du processus entier. Selon un partenaire de la mise en œuvre, les réunions de coordination entre le MSP, la Division de la SR et du PNLN ne se tiennent pas régulièrement. De fait, il n'existe pas de mécanisme de coordination indépendant entre ces trois programmes. Ils dépendent tous de la même Direction et leurs représentants assistent aux réunions de coordination de cette direction. On a proposé d'organiser des réunions plus régulières et de s'assurer que les représentants de différents programmes y assistent. Un partenaire de la lutte contre le paludisme pendant la grossesse a proposé de confier un rôle plus important à la Division de la SR pour coordonner et améliorer l'approche intégrée entre le VIH, le paludisme et la tuberculose. Dans cet ordre de choses, le PNLN ébauche des stratégies à l'heure actuelle sur la manière d'organiser une revue spécifique des activités de lutte contre le paludisme pendant la grossesse pour confier un rôle de chef de file à la Division de la SR. Une autre personne interviewée a proposé de renforcer la division des soins de santé primaires pour mieux assumer le rôle de coordination des soins et services et se tenir au courant des activités qui se déroulent au niveau local.

Stratégie

En 1999, le Sénégal a commencé à adopter les objectifs de l'Initiative Faire reculer le Paludisme (FRP). Lors du Sommet d'Abuja en 2000, le Sénégal s'est engagé à garantir l'accès, d'ici 2005, aux mesures suivantes pour au moins 60% de la population exposée au risque de contracter le paludisme :

- Traitement correct, abordable et approprié dans les 24 heures suivant l'apparition des symptômes ;
- Mesures protectrices personnelles et communautaires adéquates, telles que les MII, surtout pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans ; et

- Le TPI pour toutes les femmes enceintes exposées au risque de contracter le paludisme, surtout celles enceintes pour la première fois (Partenariat RBM, 2000).

En coordination avec les partenaires de soutien et de mise en œuvre, le PNLP a mis au point une stratégie intégrale pour endiguer la propagation du paludisme et mitiger ses effets (Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme, 2002). Le PNLP fonctionne sur un cycle de planification quinquennale et a planifié et mis en œuvre deux plans stratégiques nationaux de lutte contre le paludisme jusqu'à présent (2001–2005 et 2006–2010). Il a commencé à mettre en œuvre son troisième plan stratégique pour 2011–2015. Ces plans mettent en avant l'engagement continu du Ministère face aux objectifs de FRP.

Le Plan Stratégique de Lutte contre le Paludisme au Sénégal 2006–2010 vise à une réduction de 50% au niveau de la morbidité et de la mortalité d'ici 2010 en passant par la réalisation des buts suivants :

- Couverture et utilisation des MII à hauteur de 80%,
- 80% des habitations dans les zones ciblées sont couverts par les pulvérisations résiduelles à l'intérieur,
- 80% des cas de paludisme sont traités à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, conformément aux directives nationales,
- 80% au niveau de la couverture avec le TPIp, conformément aux directives nationales, et
- Amélioration de la gestion du programme à tous les niveaux (Programme national de lutte contre le paludisme).

Le Plan stratégique national du Sénégal (2006–2010) met en avant deux grands axes : renforcement de la prévention et amélioration du traitement correct et rapide des cas de paludisme à tous les niveaux du système de santé et dans la communauté. Ces axes reposent sur les principes de l'expansion rapide pour l'impact ; sur l'exécution d'une enveloppe d'intervention intégrée⁸ à tous les niveaux, secteurs et avec tous les partenaires ainsi que le suivi de la performance et évaluation de l'impact (PNLP, 2005).

De mars à juin 2010, le gouvernement du Sénégal et ses partenaires ont fait le point de leur programme antipaludique pour évaluer la mise en œuvre de ses stratégies et activités. La revue du programme antipaludique a confirmé un net recul de la morbidité et de la mortalité imputables au paludisme et a conclu que les objectifs de l'impact, stipulés dans le plan stratégique 2006–2010, avaient été atteints. Cette conclusion, de pair avec d'autres résultats et recommandations de l'évaluation, a étayé la mise au point du plan stratégique national de lutte contre le paludisme de 2011–2015 (revue des performances du PNLP, 2010d). Le dernier plan stratégique (Plan stratégique national 2011–2015), animé par la vision d'un nouveau Sénégal exempt de paludisme vise à réduire la morbidité au seuil épidémiologique pré-élimination,⁹ et à réduire la mortalité

Stratégies pour atteindre les buts de la lutte antipaludique 2006–2010 :

- Renforcer la gestion
- Renforcer les capacités
- Développer la communication
- Renforcer la recherche-action
- Renforcer/développer le suivi et l'évaluation
- Étendre à grande échelle les interventions antipaludiques
- Sensibilisation au niveau individuel et communautaire
- Renforcement de la collaboration multisectorielle

⁸ L'intervention intégrée est la suivante : prévention du paludisme chez la femme enceinte, lutte contre le vecteur, gestion environnementale/hygiène et prévention et contrôle de l'épidémie.

⁹ L'OMS définit la pré-élimination comme étant la "période de ré-orientation des programmes de lutte antipaludique entre les étapes du contrôle maintenu et de l'élimination, lorsque la couverture avec des services laboratoires et cliniques de bonne qualité est renforcée au même titre que la notification et la surveillance, renforcement suivi par d'autres ajustements du programme en vue d'interrompre la transmission sur l'ensemble du pays" (OMS, 2009b). Un taux de

imputable au paludisme de 75% d'ici 2015. Les objectifs sont organisés dans huit catégories : lutte contre le vecteur ; paludisme pendant la grossesse ; prise en charge des cas ; épidémies et urgences ; produits et gestion de l'approvisionnement ; promotion de la santé ; gestion de programme et S&E. Les objectifs se rapportant tout spécifiquement au paludisme pendant la grossesse sont les suivants :

- Protéger au moins 80% des femmes enceintes avec le TPI en utilisant sulfadoxine-pyriméthamine (SP) et avec les moustiquaires imprégnées d'insecticides à longue durée d'action (MILDA), conformément aux directives nationales, d'ici 2015,
- Traiter 100% des cas de paludisme chez les femmes enceintes qui viennent consulter les services de santé, conformément aux directives nationales, d'ici 2015.

Formulation de politiques

Avant 2003, la politique antipaludique au Sénégal suivait la recommandation de l'OMS, à savoir un traitement antipaludique complet aux femmes enceintes lors de la première consultation prénatale suivie d'une chimioprophylaxie hebdomadaire à base de chloroquine. La politique nationale a été changée après que les travaux de recherche effectués par l'Université de Dakar Cheikh Anta Diop et l'Institut Pasteur ont constaté une résistance accrue à *Plasmodium falciparum*.

Le PNLP a confié la gestion et la coordination du changement de la politique à un comité de pilotage composé des principales parties concernées. Ce comité a coordonné une série de rencontres sectorielles avec tous les intervenants (prestataires publics et privés, chercheurs, fabricants et distributeurs de médicaments, organisations syndicaux, ONG et partenaires du développement), suivi d'un atelier au niveau national du 23 au 25 juin 2003 pour obtenir un consensus sur la politique du traitement antipaludique.

Lors de cet atelier, les participants ont passé en revue la prévention et la lutte antipaludiques au Sénégal. Ils ont examiné les données des études sur l'efficacité thérapeutique et la résistance aux antipaludiques utilisés. Ils ont évalué la politique sur les antipaludiques utilisés au Sénégal et ont étudié les nouvelles approches et les nouveaux aspects se rapportant au changement de la politique antipaludique et, ensuite, ils ont adapté la politique nationale sur le traitement du paludisme aux contextes et aux besoins actuels du Sénégal. La politique revue recommande notamment le traitement préventif intermittent (TPIg) pour les femmes enceintes, à base de (SP) comme intervention pivot contre le paludisme pendant la grossesse. Depuis l'introduction des combinaisons thérapeutiques de l'artémisinine (CTA) en 2006, le SP est réservé strictement au TPIp. Une directive du MSP a été circulée à tous les districts sanitaires pour vérifier que le SP est stocké et fourni gratuitement à toutes les femmes enceintes lors des consultations prénatales (CPN). Au niveau communautaire, les participants de l'atelier ont insisté sur l'utilisation du TPI, la mise en œuvre de stratégies de communication adaptée au contexte actuel et référence rapide vers l'établissement de santé pour prévenir l'aggravation de cas de paludisme simple (PNLP, 2003).

Directives de prévention

D'après les Directives nationales de la prévention et du traitement du paludisme communiquées en 2006, et conformément aux recommandations de l'OMS et de RBM/FRP, toutes les femmes enceintes devraient recevoir au moins deux doses de SP, sous observation directe, pendant les second et troisième trimestres de la grossesse, avec un mois au moins entre les doses. Une troisième dose est recommandée pour les femmes enceintes séropositives-VIH (PNLP, 2005).

positivité au test du paludisme de moins de 5% pendant la saison du paludisme indique que le pays est prêt à faire la transition à l'étape de pré-élimination (OMS, 2010b).

Dans l'idéal, la première consultation prénatale devrait se faire pendant le premier trimestre. La femme enceinte ne devra pas encore recevoir le TPIg à cette époque mais on pourra la conseiller sur l'utilisation d'une MII et lui remettre un bon pour acheter une MII avec une remise de deux dollars environ.

En 2011, le Sénégal commencera à mettre en œuvre une nouvelle politique pour remettre aux femmes enceintes venant régulièrement aux CPN des bons pour recevoir des MILDA gratuites aux dépôts de district. Au moment de la publication de cette étude de cas, un guide est en train d'être mis au point pour démarrer la distribution routinière gratuite lors des CPN.

Le tableau ci-après ébauche la mise en œuvre du PLPP G au Sénégal par le biais des CPN en fonction des Directives nationales pour la prévention et le traitement du paludisme.

Tableau 1. Programme des services de lutte contre le paludisme pendant la grossesse

VISITE	COUNSELING	TPI	MICRONUTRIMENTS/ MILDA
Première	Prévention du paludisme/MII Prévention de l'anémie/ micronutriments	Pas de TPIg pendant le premier trimestre	Fer Acide folique MILDA
Deuxième	Evaluer et répéter/revoir	Donner 3 comprimés de SP sous observation directe (DOT) lors des CPN	Fer Acide folique
Troisième	Evaluer et répéter/revoir	Donner 3 comprimés de SP sous DOT lors des CPN pour les femmes séropositives-VIH au moins 1 mois après la dernière dose	Fer Acide folique
Quatrième	Evaluer et répéter/revoir	Donner 3 dose de SP comme DOT au moins 1 mois après la dernière dose (pour les femmes séropositives-VIH)	Fer Acide folique

Directives sur la prise en charge des cas

Les Directives nationales déclarent que tous les cas de paludisme pendant la grossesse sont jugés graves. On utilise les CTA pour traiter le paludisme sans complications chez les enfants et les femmes adultes qui ne sont pas enceintes mais par contre la quinine reste le traitement de rigueur pour le paludisme grave et pour tous les cas de paludisme chez les femmes enceintes. La quinine peut être administrée par voie intraveineuse ou par injection, bien que les injections soient réservées dans les cas d'extrême urgence (Ministère de la Santé et de la Prévention médicale 2006).

Tableau 2. Directives de la prise en charge du paludisme pendant la grossesse

TRIMESTRE	PALUDISME GRAVE/ COMPLICATIONS
Premier, deuxième, troisième	<p>Quinine—deux ou trois perfusions de 25 mg/kg/jour dans une solution de glucose à 10%, ensuite une solution de glucose à 5%.</p> <p>La quinine est diluée dans un sérum glucosé de 5–10 ml/kg de glucose. Temps de perfusion est de 4 heures si les perfusions sont espacées de 10 à 12 heures. Pour 3 perfusions par jour, on espace de 8 heures chaque fois.</p> <p>La durée du traitement est de 5–7 jours.</p>

Les Directives nationales spécifient qu’au niveau du poste de santé, c’est l’infirmier chef de poste (ICP) qui est chargé des fonctions suivantes : suivre l’algorithme de diagnostic et de traitement, administrer le traitement correct en observant les normes et les protocoles ; assurer le suivi clinique pour le traitement prescrit, documenter les effets secondaires négatifs signalés par les patients ; utiliser les outils de prise en charge existants ; vérifier la collecte et la transmission de l’information liée à la gestion des médicaments ; adopter le traitement approprié dans les cas de paludisme grave. D’autres analyses devront également être faites pour les patients hospitalisés dont les examens sur lame (examen de sang en goutte épaisse et goutte mince), taux de glycémie et tests sanguins (Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale, 2006).

Les directives du traitement des femmes enceintes au Sénégal sont différentes de la recommandation actuelle de l’OMS qui intègre l’utilisation des CTA. Une recherche plus ample devra être faite pour déterminer l’innocuité des CTA pendant le premier trimestre de la grossesse mais, par contre, aucun effet indésirable n’a été noté chez plus de 1500 cas documentés où des CTA ont été donnés pendant les second et troisième trimestres. Pour le paludisme sans complications, l’OMS recommande de donner de la quinine et clindamycine pendant sept jours pendant le premier trimestre et, pendant le second et le troisième trimestres, de donner les CTA avec une efficacité connue dans le pays pendant sept jours. Pour le paludisme avec complications, on recommande davantage l’artésunate que la quinine, administrée par voie parentérale (intraveineuse ou intramusculaire), pendant les second et troisième trimestres. On peut envisager l’administration de la quinine ou de l’artésunate pendant le premier trimestre (des deux, celui qui est le plus facilement disponible) à moins qu’on ne dispose de données probantes sur l’innocuité de l’artésunate (OMS, 2010). Le plan stratégique du Sénégal 2011–2015 prévoit une révision de la politique de traitement en faveur des CTA lors de la grossesse conformément aux directives de l’OMS.

Progrès au niveau des interventions : Indicateurs PPG

Selon le Plan stratégique du PNLP de 2006–2010, le Sénégal vise à atteindre d’ici 2010 une couverture et utilisation des MII à hauteur de 80% au minimum ; une couverture de 80% des ménages dans les zones ciblées par l’IRS ; 80% des cas de paludisme traités conformément aux directives nationales et une couverture de 80% par le TPIg conformément aux directives nationales. Une analyse est faite ci-après des progrès faits par le Sénégal pour atteindre ces buts.

Actions pour améliorer les résultats du paludisme pendant la grossesse

- Réduire les ruptures de stocks de sulfadoxine-pyriméthamine (SP) et des moustiquaires imprégnés d’insecticide
- Encourager l’initiation de la fréquentation des visites prénatales pendant le premier trimestre dans les structures qui offrent la gamme complète des services prénatals focalisés
- Fournir un mentorat focalisé à tous les prestataires “qualifiés” dans les secteurs publics et privés
- Améliorer la coordination entre le PNLP et la SR/SMI

Indicateurs sur la couverture et les résultats du programmes de PPG

Selon le SIS du Sénégal de 2008/9, la proportion de femmes qui ont reçu une dose de TPIg avec du SP a augmenté de 69% en 2006 à 76% en 2008/9. Tel que le montre la Figure 2 ci-après, 52% des femmes ont reçu 2 doses de TPIg pendant leur dernière grossesse en 2008 alors que cette proportion était de 12% en 2005.

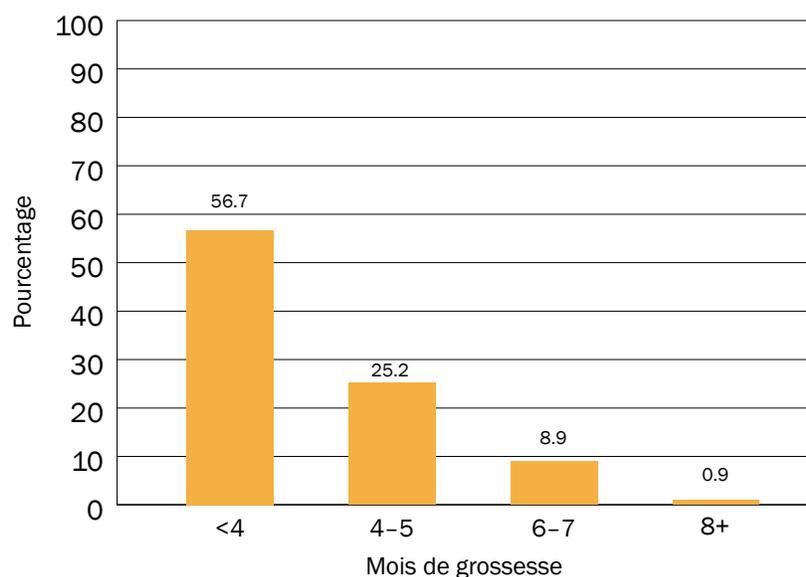
Le Tableau 3 indique les données de l'EDS 2005 sur la fréquentation des CPN pour les quatre visites ou plus qui sont recommandées et la Figure 4 montre le pourcentage de femmes, par nombre de mois de grossesse, qui se rendent pour la première fois aux CPN. La fréquentation des CPN était élevée (91,1%) pour la première visite et 87,3% pour la seconde visite des femmes de l'enquête. La première visite des CPN se fait relativement tôt, à 3,7 mois de grossesse pour 56,7% de femmes. Ce pourcentage est élevé comparé à d'autres pays africains et il est dû aux programmes d'information, d'éducation et de communication (IEC) ainsi qu'aux programmes de sensibilisation communautaire réalisés sur l'ensemble du pays. Par ailleurs, les CPN offrent l'occasion de fournir à la majorité des femmes les deux doses recommandées du TPIg.

Les directives nationales et internationales stipulent que les femmes devraient venir aux CPN dès qu'elles savent qu'elles sont enceintes. Même si le TPIg ne peut pas être donné avant 16 mois de la grossesse ou aux premiers mouvements du fœtus, la CPN est pourtant une excellente occasion pour le prestataire de soins de donner des conseils sur l'utilisation des MII, qui sont d'autant plus efficaces si elles sont utilisées dès le début. Les femmes enceintes peuvent donc bénéficier davantage de cette intervention si elles se rendent aux CPN avant 16 semaines de la grossesse.

Tableau 3. Résultats de l'EDS lors des CPN

	EDS 1999	EDS 2005
A reçu CPN d'un prestataire qualifié	82,3%	91,1%
S'est rendue à deux CPN ou plus	77,1%	87,3%
S'est rendue à quatre CPN ou plus	n/d	39,8%
S'est rendue à la première CPN à <4 mois de grossesse	46,4%	56,7%

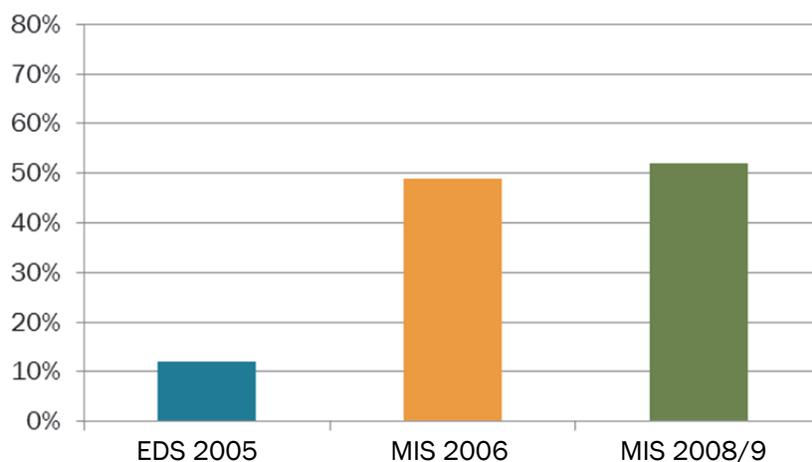
Figure 4. Nombre de mois de grossesse lors de la première CPN, 2005



Source : Ndiaye et Ayad, 2006.

Selon l'ENPS de 2008/9, le pourcentage de femmes qui ont reçu une dose de TPIg avec SP a augmenté passant de 69% en 2006 à 76% en 2008/9. Le nombre de femmes qui ont reçu deux doses de TPIg lors de leur dernière grossesse a augmenté, passant de 52% à 12% en 2005 (Figure 5). Tel qu'indiqué, les chiffres élevés de fréquentation aux premières et secondes visites des CPN indiquent la possibilité d'atteindre un plus grand nombre de femmes avec deux doses de TPIg lors des CPN.

Figure 5. Pourcentage de femmes enceintes qui ont reçu deux doses ou plus de TPIg



Source : Ndiaye et Ayad, 2009, Ndiaye et Ayad, 2007, Ndiaye et Ayad, 2006.

Le Tableau 4 indique une diminution dans les consultations par les femmes enceintes ainsi que dans les cas de paludisme confirmés de 2006 à 2009, d'où une morbidité moindre imputable au paludisme qui est passée de 16,75% à 2,63%. Tel que mentionné auparavant dans cette étude de cas, cette diminution reflète un changement dans la politique du Sénégal, exigeant une confirmation biologique du paludisme.

Tableau 4. Consultations des cas de paludisme et morbidité imputable au paludisme chez les femmes enceintes

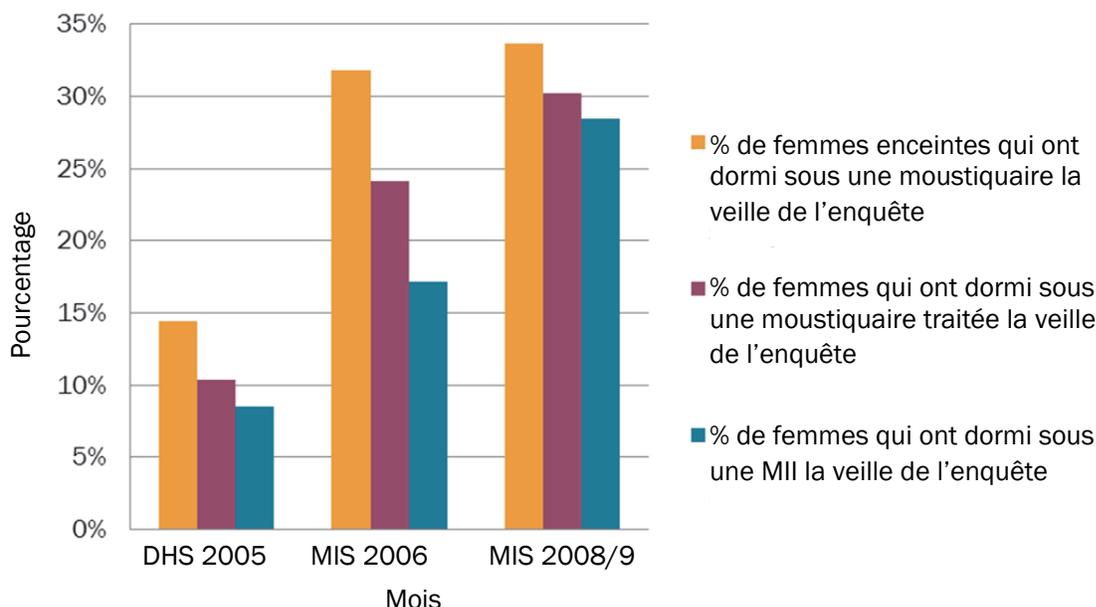
FEMMES ENCEINTES			
Année	Consultations	Cas de paludisme	Morbidité imputable au paludisme
2006	285,718	47,859	16,75%
2007	275,946	44,832	16,25%
2008	232,152	9,146	3,94%
2009	257,039	6,749	2,63%

Source : PNLP, 2009.

La Figure 6 indique une utilisation accrue des moustiquaires chez les femmes enceintes entre 2005 et 2008. Le pourcentage de femmes qui dorment sous une MII a augmenté, passant de 10% en 2005 à 30% en 2008. En 2009, le Sénégal a organisé une distribution nationale en masse de MILDA. Les résultats de l'enquête post-campagne indiquent une augmentation à 49% des femmes enceintes indiquant qu'elles utilisent une MILDA (PNLP 2010B). Si le Sénégal est un chef de file de la mise en œuvre du programme de PPG, l'utilisation des moustiquaires reste pourtant nettement inférieure à la cible du PNLP qui vise une couverture d'au moins 80% pour les femmes enceintes. Cette faible utilisation pourrait être due en partie au fait que les enquêtes sont réalisées parfois lors de la saison sèche quand la transmission du paludisme est faible et que les gens n'ont pas

tendance à utiliser les MII. La transmission est plus élevée lors de la saison des pluies, de mai à septembre, quand les enquêtes indiquées sur la Figure 6 n'ont pas été réalisées pendant cette période. Une autre raison de la faible utilisation pourrait relever de la différence entre les genres, quand une femme enceinte peut donner sa MILDA à son mari au lieu de l'utiliser elle-même.

Figure 6. Couverture en moustiquaires chez les femmes enceintes



Source : Ndiaye et Ayad, 2009, Ndiaye et Ayad, 2007, Ndiaye et Ayad, 2006.

ANALYSE—STADES DE LA MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME DE PPG

La “matrice des étapes d’avancement dans la mise en œuvre du programme de lutte contre le paludisme pendant la grossesse” (Annexe 2) mise au point par Jhpiego et les partenaires de MAC¹⁰ au sein du cadre analytique plus large de MIP utilise huit composantes pour récapituler et classer la situation du programme de PPG dans un pays. Le Tableau 5 et la Figure 7 récapitulent les composantes de la matrice des stades et la manière dont l'échelle est utilisée.

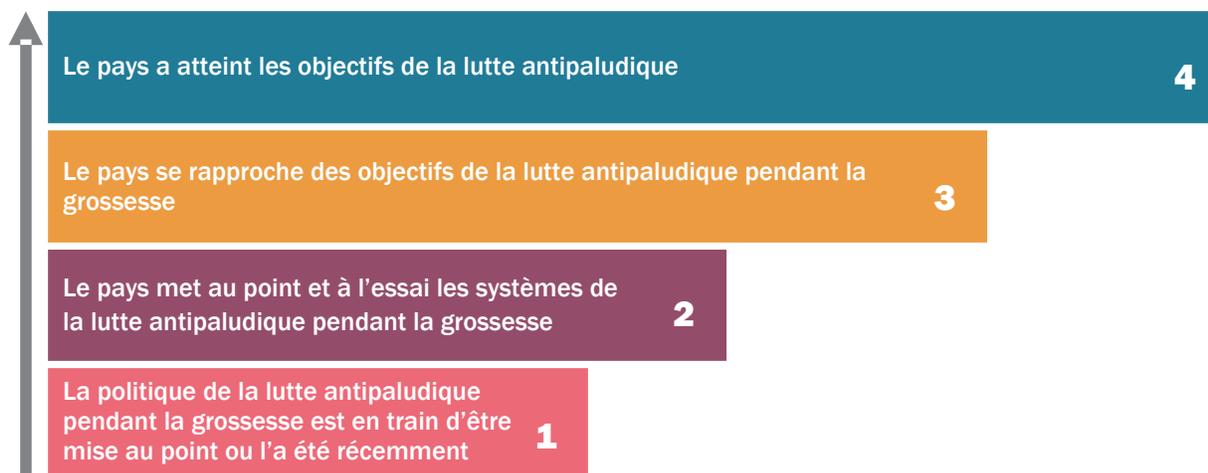
Tableau 5. Echelle de l'état d'avancement du programme de PPG

COMPOSANTE	SCORE = 0	SCORE = 4
Intégration	Pas d'intégration entre CPN, SR, paludisme, VIH et autres services et domaines de la lutte antipaludique pendant la grossesse	La lutte antipaludique pendant la grossesse est intégrée aux soins prénatals et autres services connexes par le biais d'une planification conjointe
Politiques	Pas de politique de lutte contre le paludisme pendant la grossesse	Politique diffusée et utilisée sur la lutte contre le paludisme pendant la grossesse
Produits	Pas de produits pour la lutte contre le paludisme pendant la grossesse	Pas de rupture de stocks des produits de la lutte contre le paludisme pendant la grossesse

¹⁰ Malaria Action Coalition était un partenariat global financé par l'USAID de 2002–2007, comprenant quatre partenaires : U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ; Access to Clinical and Community Maternal, Neonatal and Women's Health Services (ACCESS) dirigé par Jhpiego ; Rational Pharmaceutical Management Plus (RPM Plus), un programme de Management Sciences for Health (MSH) ; et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

COMPOSANTE	SCORE = 0	SCORE = 4
Assurance de la qualité	Pas de normes mises au point pour l'assurance de qualité concernant la lutte contre le paludisme pendant la grossesse	Des normes d'assurance de qualité ont été mises au point, diffusées et utilisées systématiquement. Elles sont renforcées par le biais d'une supervision constructive.
Renforcement des capacités	Pas de formation portant sur le paludisme pendant la grossesse avant l'emploi ou en cours d'emploi ; Ressources humaines inadéquates consacrées à la lutte contre le paludisme pendant la grossesse	Personnel de santé doté des connaissances et compétences liées à la lutte contre le paludisme pendant la grossesse
Sensibilisation et engagement communautaires	Pas d'éducation et pas d'engagement communautaire portant sur la lutte contre le paludisme pendant la grossesse	Les communautés et les établissements s'allient pour vérifier que les femmes enceintes reçoivent les services appropriés de lutte contre le paludisme pendant la grossesse
Suivi et évaluation	Pas de données collectées sur la lutte contre le paludisme pendant la grossesse par le biais du SIS	Données sur la lutte contre le paludisme pendant la grossesse, exactes, disponibles et utilisées pour la planification
Financement	Pas de financement pour la lutte contre le paludisme pendant la grossesse	Disponibilité de fonds suffisants pour la lutte contre le paludisme pendant la grossesse

Figure 7. Etapes d'avancement de la lutte contre PPG



Cette section fait ressortir le niveau de progrès du Sénégal pour chaque composante sur la base de la Matrice des Etapes d'avancement dans la mise en œuvre de la lutte antipaludique pendant la grossesse. Elle avance également des explications pour le niveau de réalisation des indicateurs décrits ci-dessus.

Intégration (Stade 3)

Le Sénégal se trouve environ au stade 3 de l'intégration des programmes de lutte antipaludique pendant la grossesse au programme national de SR. Le paludisme pendant la grossesse est intégré à la politique, à la stratégie et aux directives nationales de la lutte antipaludique en général. De plus, les politiques du TPIg sont largement diffusées et font régulièrement partie des CPN. Tel que le rapport l'a déjà expliqué, les interventions PPG sont mises en œuvre par le biais de services CPN focalisés, reconnaissant que la majorité des femmes sénégalaises viendront au moins une fois aux consultations prénatales (91,1%) et souvent quatre fois ou plus (39,8%) pendant la grossesse (Ndiaye et Ayad 2006). Il est important de noter que si la prévention et la prise en charge des cas du paludisme pendant la grossesse sont incluses aux CPN focalisées, coordonnées par la division de la SR, c'est le PNLP pourtant qui coordonne la formation en matière de PPG ainsi que la distribution de SP et des MILDA. Un répondant a indiqué que le niveau d'intégration entre le PNLP et la division de la SR n'est pas aussi solide qu'entre les divisions de la SR et de la lutte contre le VIH. Aussi, une communication et une coordination efficaces entre la Division de SR et le PNLP est-elle essentielle pour que le Sénégal puisse mettre en œuvre un programme de lutte contre le paludisme pendant la grossesse qui fonctionne efficacement et harmonieusement.

Certes, des efforts notables ont été faits pour intégrer le PPG aux services de SR et VIH au niveau central bien qu'il reste du chemin à parcourir. Au moins un répondant a mentionné que l'intégration était plus efficace aux niveaux régional et de district qu'au niveau national, à l'instar d'autres pays de l'Afrique subsaharienne. Et tel est probablement le cas car au niveau national la coordination des activités n'est pas toujours respectée même lorsque les services sont fournis ensemble au niveau opérationnel (à savoir une femme se rendant aux consultations prénatales est supposée recevoir des services de prévention du paludisme et de VIH puisque les services cliniques sont fournis dans le même espace par les mêmes prestataires). Selon une autre personne interviewée, il existe un certain niveau de partenariat entre tous les programmes et toutes les divisions au niveau central mais il n'existe pas de collaboration directe entre le programme de lutte contre le paludisme et la Division du VIH. De plus, le niveau de planification conjointe est faible entre les divisions. Les programmes VIH et paludisme comptent leurs propres plans stratégiques et, selon un partenaire PPG, des liens pourraient être forgés entre ces programmes et la Division de la SR pour mettre au point un plan conjoint. La formation intégrée du personnel de santé pourrait être une solution car, à l'heure actuelle, le même prestataire peut recevoir une formation de trois programmes différents portant sur le même thème (le TPIg est inclus dans la formation de la division de la SR concernant les CPN, dans la formation sur le paludisme du PNLP et de la formation du programme de lutte contre le VIH).

Un autre partenaire de la lutte contre le paludisme pendant la grossesse a indiqué que le TIPg et la PTME ont aidé à renforcer les programmes de SMI car le changement de priorités et le financement pris sur la SMI pour être accordé au VIH et au paludisme ont permis d'apporter un financement supplémentaire à des services complets. La SMI continuera à bénéficier des ressources grâce à l'intégration de la PTME et du TPI à ses programmes. Un des partenaires de la lutte contre le paludisme pendant la grossesse a indiqué que les programmes de lutte contre le VIH et le paludisme avaient besoin de la Division de SR pour atteindre leurs buts, reconnaissant que les femmes enceintes et les enfants sont les plus vulnérables. L'OMS au Sénégal a cherché à intégrer davantage les programmes en organisation des visites de supervision conjoints mais cela n'a guère réussi car les différentes divisions ne trouvaient pas que leur programme était la priorité pendant les visites.

L'intégration des services de santé pour les femmes enceintes est accomplie au niveau opérationnel, bien qu'on se plaigne de la collecte d'apparence verticale d'un nombre élevé d'indicateurs. En réponse, le MSP cherche à intégrer les programmes et à se pencher sur le

“couple” mère enfant et à ne pas prendre séparément la femme et l’enfant. Le MSP étudie la manière d’intégrer les indicateurs pour disposer d’un ensemble complet d’indicateurs qui répondra à tous les besoins en donnée sans que cela signifie un surcroît de travail de collecte de données pour les prestataires.

Politiques (Stade 4)

Le Sénégal se trouve au stade 4 de la mise en œuvre des politiques de PPG et le pays a su profiter et bénéficier du solide leadership du PNLP qui a travaillé en étroite collaboration avec divers partenaires pour formuler des politiques nationales en veillant à leur adoption à tous les niveaux du système de santé.

Quand la politique actuelle de PPG a été mise au point en 2003, un groupe de travail nouvellement créé a adapté la politique en directives de formation et a dispensé une formation systématique au personnel de santé. Le groupe de travail a également organisé des missions sur le terrain au niveau régional pour diffuser la politique et sensibiliser tous les prestataires de soins de santé au bien-fondé sur lequel repose la nouvelle politique et qui a été dicté par le niveau élevé de résistance à la chloroquine. Cette diffusion a emprunté plusieurs canaux dont un mémoire officiel du MSP, des communiqués de presse et des entretiens télévisés avec le personnel du PNLP. La politique actuelle a également été intégrée à l’enveloppe de formation sur le paludisme ainsi qu’à l’enveloppe de formation en matière de PTME. La meilleure solution consisterait cependant à mettre au point un seul paquet de formation intégrée à ce niveau. L’Université Cheikh Anta Diop a pris une part fondamentale dans le changement de politiques grâce aux résultats de ses travaux de recherche sur la résistance à la chloroquine et la formulation de directives de formation. D’après un partenaire de l’exécution de l’USAID, c’est la participation de l’Université qui a valu l’acceptation de la nouvelle politique par tous les intervenants. Une formation a également été dispensée aux prestataires du secteur privé lors de séances séparées. Autant d’activités dont l’effet cumulé a permis de vaincre l’éventuelle résistance qu’auraient pu avoir aussi bien les prestataires de soins que les clients et qui a facilité l’expansion suite aux solides partenariats qui ont mené à la formulation et à la mise en œuvre de la politique.

Le Protocole de services de santé de la reproduction a été mis à jour en 2007. L’adoption des normes et des protocoles a été participative et elle s’est faite par le biais de réunions avec des comités techniques tout en sollicitant également l’avis et l’assistance du personnel de santé, à tous les niveaux. Le protocole concernant tout particulièrement le paludisme pendant la grossesse se base sur la recommandation de quatre consultations prénatales, la fourniture de deux doses de SP pendant la grossesse et dont la prise est observée directement par le prestataire de soins de santé, la fourniture d’une troisième dose de TPIg pour les femmes enceintes et séropositives-VIH et l’utilisation d’une MILDA pour les femmes enceintes.

Une ferme volonté politique et un engagement à tous les niveaux du système de santé expliquent la formulation et l’application réussie de la politique au Sénégal. Le consensus technique a été obtenu avant que ne soit pas mise en œuvre la politique pour s’assurer de l’adhésion de tous les partenaires.

Malgré la réussite de l’expansion de la nouvelle politique, il existe encore certains aspects qui freinent la mise en œuvre intégrale. Certains praticiens privés (tant cliniques que pharmaceutiques) ne souscrivent pas encore aux protocoles de prévention et de traitement. Ils pensent que SP est dangereux pour la santé des femmes enceintes et qu’il faudrait continuer à donner de la chloroquine alors que les preuves scientifiques locales démontrent le contraire. Toutefois, grâce au financement de PMI et au soutien d’Intrahealth International, il existe une personne qui est un point focal travaillant avec le secteur privé pour les questions de SMI (y compris le paludisme pendant la grossesse) pour traiter cette question. Un bon plaidoyer et la

présentation d'une documentation scientifique aux praticiens peu convaincus a permis de venir à bout pratiquement de leur résistance. Il subsiste encore une certaine résistance marginale venant du secteur privé.

Si le TPIg est dispensé régulièrement dans les CPN au Sénégal et que plusieurs documents, directives et politiques ont été mis au point, un répondant a pourtant mentionné que les documents n'étaient pas suffisamment circulés et diffusés. Il est capital de vérifier que ce matériel de référence est disponible à tous les niveaux du système de santé.

Tel que mentionné auparavant dans cette étude de cas, la politique du Sénégal pour traiter les cas de paludisme chez les femmes enceintes consiste à utiliser la quinine. Les femmes enceintes payent pour la quinine et les fournitures de l'administration et cela peut constituer une barrière à l'accès. Les CTA, utilisées actuellement pour le reste de la population, sont dispensées gratuitement. Le Plan stratégique national 2011–2015 du PNLP indique que sa politique de traitement sera revue conformément à la directive de l'OMS qui recommande les CTA pendant les second et troisième trimestres de la grossesse.

Produits : Approvisionnement et gestion des fournitures (Stade 2)

Actuellement, le Sénégal se trouve au stade 2 en ce qui concerne les produits pour la prévention et la lutte contre le paludisme pendant la grossesse. Le pays a fait un grand pas en avant se dotant des politiques nécessaires pour faciliter la fourniture de médicaments nécessaires à la prévention et au traitement du paludisme ainsi que l'accès élargi aux moustiquaires imprégnées aux insecticides. Mais il existe encore des ruptures de stocks occasionnelles de SP u'une distribution inadéquate de moustiquaires imprégnées aux insecticides (MII). C'est le système national d'approvisionnement en médicaments du MSP qui est chargé de l'approvisionnement en SP et quinine bien qu'il subsiste encore une certaine dépendance face aux bailleurs de fonds pour d'autres produits antipaludiques (TDR et MILDA).

Sulfadoxine-Pyriméthamine

Les antipaludiques recommandés par l'OMS qui sont le SP pour le TPIg et la quinine pour le traitement du PPG ont été approuvés et adoptés au Sénégal. Conformément à la politique actuelle guidant la prévention du paludisme pendant la grossesse, la SP est gratuite pour les femmes enceintes. Le médicament est disponible dans les formations sanitaires et il est acheté par le biais du système national d'approvisionnement en médicaments. La SP a été achetée une fois seulement par le Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. Conformément à sa "feuille de route des besoins pour 2010", le Sénégal a projeté que ses besoins en SP devraient être satisfaits et en général et la quantification se basait sur le nombre de grossesses projeté. Toutefois, pendant toute l'année 2010, des ruptures de stock se sont présentées à cause de problèmes au niveau de la gestion des stocks à tous les niveaux. D'autres facteurs sont responsables de cet état de choses dont les commandes d'un médicament incorrect et la non observance du protocole ministériel consistant à distribuer le SP gratuitement aux femmes enceintes. Le MSP est conscient de ses problèmes et s'efforce de les résoudre.

MILDA

Bien que la proportion de ménages disposant d'au moins une MII ait nettement augmenté ces dernières années, et que l'utilisation des MII parmi les femmes enceintes soit passée à 49%, d'après les résultats de l'enquête post-campagne de 2009, il reste de l'ordre du défi d'atteindre le but de 80% de couverture en MII. Les aspects se rapportant au coût et à la distribution ont contribué à la faible utilisation des MII.

En 2004, Le gouvernement du Sénégal a distribué le premier stock de MILDA (environ 200 000) et a fixé le coût à 1000 CFA (2 \$US) pour les femmes enceintes et les enfants de moins de cinq ans. A titre de comparaison, le reste de la population paye le prix complet qui se situe dans une fourchette allant de 3000 à 7500 CFA (7–18 \$US) par MILDA. Cherchant à encourager la couverture en MILDA pour les femmes enceintes, deux stratégies ont été mises en œuvre pour leur distribution routinière. Dans le cadre du programme NetMark financé par l'USAID et mis en œuvre dans sept régions¹¹ de 2002 à 2009.

Les femmes enceintes ont reçu des bons pour acheter les moustiquaires à un prix réduit et la différence dans le coût a été remboursée aux distributeurs par le projet sur présentation et remise des bons. Afin d'encourager la fréquentation des CPN, ces bons ont été distribués uniquement lors de ces consultations prénatales. Ce programme a eu une couverture de moins de 20% de la population cible estimée. Le Projet ABCD (atteindre les bénéficiaires communautaires à travers les districts) a utilisé une approche communautaire pour fournir les services, dont la distribution de moustiquaires, la sensibilisation communautaire pour la fréquentation des CN et le suivi de l'utilisation effective des moustiquaires. Les MILDA prescrites étaient achetées à un prix subventionné directement auprès de l'établissement de santé ou dans une pharmacie privée en cas de rupture de stock dans l'établissement. Ce programme a démarré avant que la distribution à grande échelle des MILDA et les retards dans les décaissements des subventions du round 4 du Fonds mondial se répercutent négativement sur la disponibilité des MILDA dès 2008. Actuellement, dans le cadre du nouveau plan stratégique, les MILDA sont fournies gratuitement aux femmes enceintes dans les CPN. En réponse au déficit de couverture, le PNLN a retenu en priorité, aux fins de distribution, les districts avec la couverture la plus faible. Il n'est plus nécessaire de traiter à nouveau les moustiquaires chaque année puisqu'en 2007, le PNLN est passé des MII régulières aux MILDA. Le financement pour les moustiquaires est octroyé essentiellement par les organisations partenaires (PMI, 2007). Par ailleurs, la logistique à la base de la distribution relève du défi. En effet, les campagnes de distribution de masse, déployées par le passé, peuvent augmenter rapidement la couverture mais n'arrivent pas à la maintenir.

En 2010, le Sénégal a déployé un nouveau programme de distribution pour arriver à la couverture universelle dans tous les ménages. Avec le soutien du nouveau partenaire financé par PMI pour la distribution des MILDA, NetWorks, le PNLN a commencé à distribuer les moustiquaires dans les régions de Kédougou, Tambacounda, Kolda, et Sédhiou. Ces régions ont été retenues en priorité à cause de leur disponibilité relativement faible de moustiquaires et des taux élevés de morbidité imputable au paludisme. Le plan est de couvrir 100% des ménages et d'arriver à ce que 80% de la population en général dorme sous des moustiquaires la veille dans les régions ciblées, d'ici décembre 2011. Pour atteindre ce niveau de couverture, les diverses parties concernées à tous les niveaux doivent coordonner les efforts pour soutenir un recensement des espaces pour dormir et des MII existantes, les cérémonies de distribution communautaire ainsi que le suivi de l'utilisation des MII. Si l'approche est conçue pour arriver à une expansion rapide de la couverture et de l'utilisation des moustiquaires, sa complexité par ailleurs ne permet de la répéter chaque année. Lors des années sans campagnes de distribution, la distribution régulière des MILDA

Leçons retenues pour étendre la couverture en MII :

- Les MILDA devraient être disponibles dans les établissements de santé
- Utiliser les organisations à base communautaire (OBC) pour fournir des moustiquaires aux femmes
- Sensibilisation communautaire sur l'importance de l'utilisation des moustiquaires et l'utilisation correcte des moustiquaires
- Suivi de l'utilisation des moustiquaires par les femmes enceintes

¹¹ Sept régions : Thiès, Louga, Kaolack, Ziguinchor, Kolda, Dakar, et Fatick.

permettra de maintenir l'accès. Les CPN restent une filière importante par le biais de laquelle les femmes enceintes peuvent obtenir des MILDA gratuites (PNLP, 2010b).

Assurance de la qualité (Stade 2)

L'assurance de la qualité concernant la lutte contre le paludisme pendant la grossesse au Sénégal se trouve actuellement au stade 2. Alors que le PNLP progresse vers la réalisation de ses buts de couverture des interventions antipaludiques et réduction des taux de mortalité et de prévalence du paludisme, il doit également songer à la manière de maintenir ses gains et d'arriver à l'élimination et à l'éradication en améliorant la qualité des services. Aussi, le Sénégal a-t-il retenu l'expansion de la supervision constructive comme un élément clé nécessaire pour améliorer ses systèmes de santé dans leur ensemble et des normes d'assurance de la qualité pour la santé de la reproduction qui comprennent le PPG (Fonds mondial, 2007). La capacité du Sénégal à atteindre ses buts en la matière se trouve pourtant freinée par un manque de ressources humaines et de ressources logistiques.

En 2009, le PNLP s'est rendu dans tous les districts et postes de santé et a appliqué une liste de pointage de la supervision qui se rapportant tout particulièrement au paludisme et qui vise à suivre la qualité des services de lutte antipaludique. La session de supervision dans chaque district s'est déroulée sur 3 jours et a été réalisée avec l'aide d'une équipe spéciale notamment de médecins chefs qui ont reçu une formation en matière de paludisme. Lors des visites de supervision, les superviseurs ont vérifié si les normes et protocoles étaient appliqués adéquatement. Ils ont également fait un contrôle de la qualité des données utilisant une analyse rétrospective des registres et des cas hospitalisés ainsi qu'une observation de l'application des politiques y compris du paludisme pendant la grossesse. Le feedback de la supervision est donné immédiatement à l'équipe de terrain et un rapport final avec des recommandations est préparé au niveau central puis envoyé aux régions et aux districts. En fonction du rapport, une équipe spéciale de S&E, comprenant l'OMS, l'USAID, PMI, IntraHealth International et MSH, formule des recommandations concernant le programme.

Le district est supposé faire des visites de supervision des postes de santé chaque mois, le niveau régional devrait faire des visites dans les districts sur une base trimestrielle et le niveau national est supposé faire des visites de supervision dans les régions deux fois par an. Seulement, la fréquence de la supervision est souvent irrégulière et les outils et activités associées à la supervision ne sont pas appliqués de manière uniforme dans tous les établissements de santé à cause de contraintes de ressources, de logistiques et de ressources humaines. Une étude a constaté que dans les six derniers mois, la plupart des établissements (60%) ont bénéficié d'une ou deux visites. Par ailleurs, pratiquement 31% des établissements n'ont pas eu de supervision. Dans de telles conditions, la capacité que détient la supervision pour améliorer la qualité des services se trouve limitée (Suh, Moreira, et Ly, 2007).

Plusieurs répondants ont fait savoir que la supervision régulière n'était guère facile suite au manque de ressources logistiques. Une des suggestions serait de se concentrer sur les établissements/zones avec le plus de problèmes au lieu de faire une supervision régulière de partout. De plus, vu que processus en lui-même prend beaucoup de temps et demande un personnel important, on envisage la possibilité de raccourcir les listes de vérification ou de se concentrer sur les établissements avec une faible performance.

Avec le soutien d'IntraHealth International, le MSP a distribué aux établissements de nouveaux outils de collecte de données et registres pour les services de santé de la reproduction, y compris pour le PPG. Ces outils ont été mis au point en 2008 et sont distribués à présent à échelle nationale. IntraHealth International a indiqué qu'il existe un point focal dans chaque région qui aide les équipes sanitaires régionales au niveau de la supervision. L'organisation a prévu de

faire une nouvelle évaluation pour voir dans quelle mesure les lacunes ont été comblées entre l'analyse situationnelle précédente que l'organisation a faite et ce qui a été accompli jusqu'à présent. Une évaluation finale sera également faite.

Un répondant a mentionné l'importance d'adapter les méthodes internationales d'assurance de la qualité au contexte local. IntraHealth International a travaillé avec le MSP pour créer de telles normes. Par ailleurs, le comportement des prestataires doit encore changer, à la recherche d'une prestation de qualité et pas du simple résultat provenant de l'offre de services.

Renforcement des capacités (Stade 3)

Le Sénégal se trouve au stade 3 pour le renforcement des capacités car le paludisme pendant la grossesse est enseigné dans la plupart des instituts de formation et à un grand nombre du personnel de santé.

La Division des Ressources humaines du MSP qui dirige le département de la formation du MSP supervise l' Ecole nationale de développement sanitaire et social (ENDSS) qui est responsable de la formation avant l'emploi portant sur le paludisme, y compris le PPG. L'ENDSS met au point et revoit son approche pédagogique, ses plans de formation et outils pédagogiques en fonction de l'information technique et des mises à jour fournies par le PNLP. Il existe une collaboration régulière entre les instituts privés d'enseignement et le PNLP qui apporte des mises à jour aux enseignants sur les nouvelles politiques et directives. La dernière mise à jour sur le paludisme pendant la grossesse a été faite cette dernière année universitaire en décembre 2009. Les infirmiers, les sages-femmes et les techniciens de laboratoire suivent la formation fondamentale dispensée par l'ENDSS. Une approche de formation axée sur l'acquisition de compétences, mise au point avec le soutien de l'Agence canadienne pour le développement international (CIDA), est en train d'être finalisée avant d'être intégrée au programme national de formation avant l'emploi. L'ENDSS a obtenu un solide soutien dans le cadre d'un programme de cinq ans de JICA venant renforcer la capacité pédagogique du corps enseignant et apportant des outils pédagogiques.

Chaque année, le PNLP vérifie que le personnel de santé nouvellement recruté dans les établissements de santé suit une formation en cours d'emploi portant sur la prévention et le contrôle du paludisme, y compris le paludisme pendant la grossesse. Les aspects suivants sont couverts par la formation en cours d'emploi portant sur la PTME : la troisième dose de TPIg pour les femmes enceintes séropositives-VIH et les conseils sur l'utilisation des MII. Même si cette formation en cours d'emploi semble répéter l'éducation fondamentale, elle n'en reste pas moins un recyclage nécessaire pour les jeunes diplômés qui doivent souvent attendre entre le moment où ils obtiennent leur diplôme et le moment où ils sont recrutés par un établissement. Le PNLP, avec l'assistance technique de l'Institut de santé et de développement (ISED) a également mis au point un cours complet sur le paludisme à l'intention des médecins chefs des districts et des superviseurs de soins de santé primaires. Cette formation consacre une journée entière à la discussion du paludisme pendant la grossesse. Des tables rondes sont organisées pour que les participants des formations échangent leurs points de vue sur le paludisme pendant la grossesse. A la fin de la formation, les participants formulent des plans d'action qu'ils mettront en œuvre dans leur district.

Le manque de coordination et d'intégration entre la division de la SR, le programme de lutte contre le VIH et le PNLP vaut souvent des formations inutiles et répétées portant sur le paludisme pendant la grossesse. Un autre problème réside au niveau de la mobilité du personnel, faisant que certains membres reçoivent une formation répétitive et d'autres ne sont pas formés du tout ou alors de manière insuffisante. D'après un partenaire PPG, il serait utile de disposer d'une base de données portant sur la formation pour éviter le recyclage inutile des prestataires de santé. Cette base de données dégagerait également une information sur la

mobilité du personnel vérifiant ainsi que les prestataires sont bien distribués sur l'ensemble du système de soins de santé. Ce partenaire a mentionné que cette information sur les capacités des ressources humaines favoriserait une utilisation efficace des fonds pour la formation.

Suivi et évaluation (Stade 4)

Le suivi et l'évaluation étaient de l'ordre du défi pour le Sénégal, étant un des domaines les plus faibles du PNLP. Après l'examen de la subvention du Round 1 du Fonds mondial, le financement a cessé et une subvention a été perdue en partie parce que le système de suivi et d'évaluation était inadéquat pour examiner les indicateurs de résultats concernés (Fonds mondial, 2009a). Toutefois, ces dernières années, le Sénégal a nettement amélioré son système de suivi et d'évaluation. Le PNLP a mis au point un plan de S&E en 2005, a organisé un atelier sur le renforcement des systèmes de S&E en 2007 et a mis au point un nouveau plan en 2010. Le PNLP a restructuré son système de S&E et a recruté une nouvelle équipe dotée des compétences nécessaires pour analyser l'information stratégique et programmatique. Le Sénégal se trouve actuellement au Stade 4 de la mise en œuvre des systèmes de S&E pour le paludisme.

La cellule du S&E du Ministère de la Santé (Bureau du suivi, de l'évaluation, de la planification et de la gestion de l'information dans la direction de santé et de soins primaires) a la responsabilité générale du suivi et de l'évaluation de la performance des districts de santé. Le Service National de l'Information Sanitaire (SNIS) est responsable de la collecte de données sanitaires et le PNLP est responsable de la collecte de données se rapportant spécifiquement au paludisme. Le SNIS ne collecte pas lui-même toutes les données détaillées sur le paludisme mais recueille l'information sur les TPIg et les MII. Il existe un rapport modèle mensuel pour les postes de santé couvrant tous les services de santé et toutes les maladies, y compris le PPG. Ce modèle a été mis au point dans le cadre d'un processus collaborateur et ainsi tous les programmes de santé du MSP ont pu participer à sa formulation. Par ailleurs, comme nous l'avons mentionné, il n'est pas suffisamment détaillé pour le système de S&E destiné au paludisme.

L'information sur la fréquentation des CPN, l'utilisation du TIPg, la remise d'un coupon pour une MII et le fait qu'une femme a dormi la veille sous une moustiquaire figurent dans le registre des CPN, recueillies d'abord dans l'établissement de santé et présentée ensuite mensuellement au district pour être intégrée dans le Système d'information sanitaire du Sénégal (SIS). Les données du rapport modèle qui sont saisies dans la base de données du district proviennent des registres des consultations, des registres des consultations prénatales, des registres des consultations pour bébé, des registres des hospitalisations et des registres de distribution de médicaments et fiches de stock. Le manque d'outils à jour pour la collecte de données des soins prénatals a compliqué la tâche du personnel de santé et par conséquent, PMI a apporté une assistance pour la mise au point de nouveaux registres des CPN facilitant l'archivage (PMI, 2009). Ces registres sont utilisés à présent dans tous les 75 districts.

Les données étaient organisées par le passé dans des tableurs Excel mais à présent, un nouveau système de collecte de données sur le web a été installé dans les districts et la saisie de données est réalisée par des agents recrutés dans tous les districts. L'information des formulaires modèles du compte rendu apparaît à présent dans cette base de données. Ce système informatisé permet au niveau national de disposer d'une information qui descend jusqu'au niveau du poste de santé alors qu'auparavant elle s'arrêtait au niveau du district. On peut également extraire les données au niveau régional. Si on compare à l'ancien système, il existe nettement moins d'erreurs d'entrée de données avec ce nouveau système. Un système est mis au point actuellement pour permettre le calcul des indicateurs standard, y compris les indicateurs du paludisme pendant la grossesse, à partir de la nouvelle base de données informatisée.

Le PNLP recueille davantage de données détaillées sur le paludisme, se rapportant sur la morbidité, la mortalité, la prise en charge de cas et l'utilisation du TPIg et des MII. Le PNLP organise des revues trimestrielles qui lui permettent de recevoir des données du district et tous les districts peuvent présenter et revoir ainsi les données. Le MSP et le SNIS peuvent générer un rapport annuel régulier puisque les systèmes de données sont en place. Un répondant a indiqué que le système de collecte de données pour le paludisme était meilleur que celui de la santé de la reproduction car l'OMS avait apporté un soutien technique au PNLP pour la conception du système. Grâce au fonds de PMI, IntraHealth International travaille également avec le PNLP pour renforcer le système et rendre les outils d'utilisation plus facile pour le personnel de santé.

Le Tableau A1-2 dans l'Annexe 1 comprend les indicateurs prioritaires de PPG ainsi que leurs sources de données. PMI a apporté un soutien à deux enquêtes nationales sur le paludisme au Sénégal (ENPS), en 2006 et en 2008–2009. Les deux enquêtes ont calculé des indicateurs tels que les proportions d'enfants de moins de cinq ans et de femmes enceintes qui ont dormi sous une MII la nuit précédente et la proportion de femmes enceintes qui ont reçu deux ou plusieurs doses de SP pour le TPIg pendant leur grossesse la plus récente. L'USAID a apporté un soutien à trois EDS en 1999, 2005 et 2010 qui ont également dégagé des données sur ces deux indicateurs ainsi que sur la fréquentation des CPN. Le rapport de l'EDS de 2010 n'était pas encore disponible au moment de cette étude de cas. Les données sur l'anémie chez les femmes sont saisies dans l'ENPS de 2008 et font également partie de la collecte de données de l'EDS de 2010. Une nouvelle ENPS est prévue pour 2012. Le PNLP a fait un examen du programme en Avril–Juin 2010. Des enquêtes, comme l'évaluation de la qualité de la prise en charge des cas et l'évaluation de l'utilisation du TPIg dans un district, sont réalisées dans le cadre de sous-contrats passés par le PNLP avec des instituts de recherche, par exemple l'Université Cheikh Anta DIOP de Dakar et de l'Institut Pasteur.

Dans les "Directives pour mesurer les indicateurs clés du suivi et de l'évaluation," (2007) l'OMS présente les indicateurs clés du suivi et de l'évaluation des interventions de prévention du paludisme pendant la grossesse par type — résultat, effet et impact — qui devraient être couverts par les enquêtes à base de population (telles que l'EDS et SIG) et les systèmes réguliers d'information sanitaire et de supervision (tel que le SIG et le SIGS). La plupart de ces données sont recueillies par l'EDS et le SIGS du Sénégal. Le tableau suivant présente une liste des données collectées par chaque source de données, avec les indicateurs recommandés par l'OMS et identifiés par un astérisque.

Tableau 6. Indicateurs S&E pour les interventions de PPG

NIVEAU	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES
Résultats	Pourcentage de femmes enceintes recevant au moins 1 CPN d'un prestataire qualifié	EDS
	Pourcentage de femmes enceintes se rendant à 2 CPN ou plus	EDS
	Pourcentage de femmes enceintes se rendant à 4 CPN ou plus	EDS
	Pourcentage de femmes >4 mois enceintes à la première CPN	EDS
	Pourcentage de femmes enceintes qui ont reçu un TPI	EDS
		ENPS
	Pourcentage de femmes enceintes qui ont reçu le TPI par dose (dose 1, dose 2, dose 3)*	EDS
		ENPS
	Nombre de femmes enceintes qui ont reçu au moins 2 doses de TPI/SP par le biais de DOT	Rapports d'enquête du MSP
		EDS
		ENPS
	Pourcentage de femmes enceintes qui ont reçu 2 doses ou plus de TPI	EDS
		ENPS
	Pourcentage de ménages avec au moins 1 MII	EDS
ENPS		
Pourcentage de femmes enceintes indiquant qu'elles ont dormi sous une MII la nuit précédente*	EDS	
	PNLP	
	Enquête post-campagne nationale 2009 (MILDA)	
Nombre de femmes enceintes recevant TPI2/nombre de femmes enceintes se rendant à une CPN1	MSP	
Impact	Cas confirmés de PPG	ENPS
		PNLP
	Cas confirmés de décès imputables au PPG	ENPS
		PNLP
Pourcentage de bébés avec un poids à la naissance de moins de 2,5 kg*	EDS	

* Indicateurs recommandés par l'OMS.

Il manque pourtant quelques indicateurs recommandés dans les directives de l'OMS, notamment :

- **Pourcentage du personnel des soins prénatals formé en matière de PPG ces 12 derniers mois.**

Selon l'OMS, ces données devraient être collectées au moins un fois par an, dans chaque établissement de santé pendant les visites de supervision

- **Pourcentage de femmes enceintes dépistées avec anémie grave pendant le troisième trimestre, par grossesse**

- **Pourcentage de femmes enceintes (VIH +) recevant une troisième dose de TPI sous supervision directe**

Note : cette information entre dans l'indicateur résultat du pourcentage de femmes recevant un traitement préventif intermittent sous observation directe (première dose, deuxième dose, troisième dose, selon les directives nationales)

Sensibilisation et engagement communautaires (Stade 3,5)

Le Sénégal a fait un effort concerté pour engager les communautés dans les activités de prévention et de lutte antipaludiques et se trouve actuellement aux stades 3 et 4 pour les programmes de PPG à base communautaire. Dans certaines régions, les organisations communautaires ont prêté main-forte aux campagnes de distribution des moustiquaires et d'éducation en matière de paludisme. Les agents de santé communautaire prennent une part plus importante dans les dans les activités d'information, d'éducation et de communication (IEC)/communication pour le changement comportemental (CCC). La communauté semble avoir une bonne connaissance de la prévention et de la lutte antipaludique bien qu'il existe un décalage entre la connaissance et l'exécution, pour certains indicateurs comme celui de l'utilisation la nuit d'une moustiquaire imprégnée aux insecticides.

Le PNLP est engagé à collaborer avec les organisations à base communautaire (OBC) et les organisations non gouvernementales (ONG) dans le cadre de la mobilisation sociale au niveau de la communauté. Il existe diverses activités au niveau communautaire dont les discussions, les visites à domicile, l'hygiène environnementale, la distribution de moustiquaires, le traitement des moustiquaires et les programmes des stations de radio communautaire. Le PNLP a également coordonné avec le Service national pour l'éducation et l'information pour la santé (SNEIPS) du Ministère de la santé pour formuler et mettre en place un plan de communication. Le PNLP a pu utiliser les ressources de cette organisation pour produire des messages télévisés et radiophoniques ainsi que des débats à la télévision pour faire passer les messages sur la prévention et le contrôle du paludisme (Fonds mondial, 2007).

Exemple de suivi communautaire de l'utilisation des moustiquaires : A Thiénaba (environ 80km de Dakar) il existe des pelotons de surveillance qui suivent l'utilisation des moustiquaires pendant la nuit. S'ils constatent que le ménage utilise incorrectement sa moustiquaire, le peloton met une amende à la famille. (Source : interview Africare)

Exemple d'action communautaire à Thiénaba : 50 chefs de village ont mis en place des fonds pour le combat contre le paludisme collectant des contributions de 50 à 100 CFA, dont une partie a été utilisée pour fournir des MII aux femmes enceintes et aux enfants de moins de 5 ans. (Source : Le Soleil 13 septembre 2010)

De 2003 à 2006, l'USAID a financé le Programme CAMAT (Action communautaire contre le paludisme et la tuberculose) mis en œuvre par ChildFund International dans quatre districts sanitaires (Mbour, Joal, Popenguine and Thiadiaye) couvrant une population générale de 502 035 personnes dont 57 441 femmes en âge de procréer. Les principales stratégies de CAMAT sont axées sur des approches novatrices et l'inclusion de la communauté. En ce qui concerne la lutte contre le paludisme pendant la grossesse, CAMAT a insisté sur la promotion de l'utilisation des MII, le TPIg et la prise en charge des cas de paludisme, selon les normes et les protocoles du PNLP. Tout au long de la mise en œuvre de CAMAT, les communautés ont remarqué que les femmes enceintes utilisaient davantage les MII et que moins d'entre elles avaient donc des épisodes de paludisme ou des cas de paludisme sévère (Christian Children's Fund, 2006).

En 2006, CAMAT a laissé la place au Programme de santé communautaire (CHP) financé par l'USAID et mis en œuvre par un consortium de six ONG¹² sous la direction de Child Fund. Continuant le travail de son prédécesseur, le CHP vise à fournir un ensemble de base de services préventifs et curatifs aux populations rurales en équipant et en plaçant le personnel nécessaire dans les cases de santé rurales. Le gouvernement ne finance pas les cases de santé bien qu'il reconnaisse qu'elles sont une partie importante de la pyramide de santé et qu'elles

¹² ONG de CHP : Child Fund, Africare, Plan, World Vision, Catholic Relief Services et Counterpart International.

sont reliées aux postes et centres de santé soutenus par le gouvernement. Un infirmier en chef du centre de santé le plus proche vient superviser régulièrement chaque case de santé qui compte une équipe de volontaires avec un ASC, une accoucheuse traditionnelle et un agent d'extension communautaire. Les ASC organisent des discussions en groupe et des visites à domicile pour vérifier que les MILDA sont utilisées correctement chaque nuit et pour encourager les femmes à se rendre aux CPN et à utiliser le TPIg, leur recommandant de consulter immédiatement les services de santé si elles notent des signes de paludisme. Ils mobilisent également la communauté pour les activités d'extension communautaire, réalisées une ou deux fois par mois, pendant lesquelles l'infirmier ou l'infirmière en chef fournit des services prénatals avec notamment le TPIg. De plus, les ASC réfèrent les femmes enceintes avec des cas soupçonnés de paludisme vers le poste de santé le plus proche, leur remettant des formulaires de référence. Le CHP forme l'équipe et apporte un recyclage occasionnel se rapportant au paquet fondamental de services comprenant les CPN et le PPG. Le CHP joue également un rôle de supervision par le biais des agents de développement communautaire (ADC) qui viennent visiter régulièrement les cases de santé qu'on leur a confiée et qui apportent une aide pour résoudre les problèmes et procéder à la planification nécessaire pour vérifier que des services de qualité sont fournis. Une autre fonction des ADC est de maintenir la relation avec le comité de santé qui communique directement avec la communauté. Le comité de santé supervise les comptes financés à partir des recettes provenant des honoraires et de la vente de médicaments. Ces comptes sont utilisés pour remplacer les médicaments et procéder aux réparations nécessaires dans les cases de santé.

Depuis sa création, le CHP s'est étendu de 5 à 13 régions et à 65 districts de santé, dont 1620 cases de santé. Le financement a augmenté, passant de 13 millions de dollars à 26 millions et des plans sont faits pour faire passer le CHP à échelle quasi nationale d'ici 2016. Une évaluation du CHP, faite en mars 2011, a conclu que ce programme apportait des soins primaires de bonne qualité aux communautés, et que cela soulageait la charge de travail des établissements sanitaires publics. La communauté et surtout les femmes utilisent de plus en plus les services offerts dans les cases de santé. Certes, le CHP est arrivé à un niveau élevé de couverture des services de santé, si on compare à des programmes de santé communautaire analogues dans d'autres pays, bien que l'évaluation ait noté des problèmes dans certaines cases de santé, tels que des médicaments périmés, des ruptures de stock, des dépôts sales et désorganisés, des registres de patients qui ne sont pas à jour, le manque de formulaires de référence et des visites irrégulières de l'infirmier en chef. En règle générale, le CHP sera viable dans le long terme s'il réussit à identifier et à mettre en œuvre des approches pour mobiliser des ressources au sein de la communauté et soutenir ainsi les services dont cette dernière dépend à présent. Alors que le CHP entre dans sa phase d'expansion, il est d'importance critique d'envisager les leçons retenues des cinq premières années du programme (Barry, Putnam et Touré, 2011).

Une initiative nationale lancée en janvier 2009 du nom de Badjenou Gokh ("la marraine du quartier") est mise en œuvre dans chaque village, par le biais de laquelle des dirigeantes féminines sensibilisent la population sur la santé maternelle et infantile, notamment sur l'importance de recevoir des services de prévention du paludisme dans le cadre des CPN. Les Badjenou Gokh sont mises au courant de leurs responsabilités lors d'une session de deux jours et reçoivent des téléphones portables et du matériel de référence, brochures et boîtes à images, préparé dans les langues locales. Elles organisent des réunions pour sensibiliser les femmes du village et leurs familles et elles assurent le suivi pour connaître les résultats et renforcer les messages. Les Badjenou Gokh font un compte rendu mensuel au niveau district auprès des médecins chefs qui rendent compte à leur tour aux médecins chefs régionaux. Ces réunions sont des forums de discussion des progrès, des obstacles et des opportunités (MSP, 2010).

Financement (Stade 3)

Le Sénégal se trouve au stade 3 du financement de son programme de PPG. Le gouvernement du Sénégal a engagé ses propres ressources pour financer entièrement le TPIg avec le SP, démontrant ainsi un solide engagement face à la prévention du paludisme pendant la grossesse.

Un soutien financier important de PMI et du Fonds mondial est octroyé aux MILDA. Le round 10 pour le paludisme approuvé récemment par le Fonds mondial pour le Sénégal, à lui seul, vise l'achat de 7 543 940 des 11 943 940 MILDA que l'on juge nécessaire pour arriver à la couverture universelle.

Les principaux donateurs contribuant aux initiatives de PPG coordonnées entre le PNLP et le service de SR sont les suivants : PMI, le Fonds mondial, L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), l'UNICEF, JICA, CIDA, et la Banque mondiale. Les autres partenaires sont les suivants : Malaria No More, la Fondation Youssou N'Dour et la Fondation Sonatel. (voir Annexe 3 pour une liste des bailleurs de fonds et organisations de mise en œuvre et portée du programme/financement).

Les organismes de financement déboursent les crédits par une combinaison des canaux suivants : subventions directs au MSP, mise en œuvre directe des programmes, dons de produits et/ou par le biais des organisations de mise en œuvre locales ou internationales. Les fonds des donateurs destinés au MSP sont versés au profit des comptes du MSP en réponse aux demandes semi-annuelles basées sur les plans annuels. Ces fonds sont remis à la direction de la santé et non pas directement à la division de la SR ou du PNLP.

La stratégie du Sénégal pour arriver à la pérennisation consiste à relier le soutien du gouvernement aux résultats de performance. Le gouvernement a adopté un cadre de dépenses et prévoit des stratégies de communication et d'éducation qui se concentrent sur des interventions qui encourageront les gens à prendre les devants et à se responsabiliser de leur propre santé (Fonds mondial, 2007).

DISCUSSION ET LEÇONS RETENUES

Facteurs influençant les goulots d'étranglement et lever ces goulots

Il existe toute une gamme de goulots d'étranglements entravant la prévention et le traitement du paludisme pendant la grossesse au Sénégal qui ont été identifiés dans la littérature et dans les entretiens avec les parties concernées. Certains sont déjà en train d'être supprimés et d'autres demanderont un plus grand engagement programmatique et financier. Ces défis, les stratégies actuelles en vue de les relever et les leçons retenues sont présentés dans le Tableau 7.

Tableau 7. Goulots d'étranglement et leçons retenues du programme de PPG au Sénégal

COMPOSANTE	DEFI/GOULOT D'ETRANGLEMENT	STRATEGIES DE MITIGATION ACTUELLES	LECONS RETENUES
Intégration	Le lien entre la division SR du MSP et le PNLP reste faible	Avoir des réunions plus régulières entre la division de la SR et le PNLP. Renforcer la collaboration entre la division de la SR et le PNLP en formulant un plan conjoint pour la prévention et la prise en charge des cas de PPG, tel que prévu dans le Plan stratégique national du PNLP 2011-2015.	Les services de PPG sont intégrés comme composante clé dans les services de santé maternelle, infantile et juvénile au niveau du centre de santé et il est important d'avoir également une solide relation entre la SR et le PNLP pour disposer d'une politique intégrée qui facilitera la prestation d'une enveloppe holistique de services de lutte antipaludique pour les femmes enceintes. Encourager le partenariat lorsque le PNLP peut apporter une direction technique et que la SR peut gérer la mise en œuvre : c'est la clé d'une réussite à long terme.
Politiques	Utiliser uniquement la quinine pour traiter le PPG	Revoir la politique du PNLP, conformément aux directives de l'OMS, prévoyant l'utilisation des ACT pendant les second et troisième trimestres de la grossesse.	La quinine et les fournitures utilisées pour l'administration sont chères pour les femmes au Sénégal alors que les CTA sont distribués gratuitement au reste de la population. Il est important de revoir la politique pour inclure les CTA pour les femmes enceintes afin d'élargir l'accès à un traitement efficace pour les femmes enceintes.
Produits	Inadéquation de la disponibilité et de la distribution des MII	Distribution prioritaire aux zones les plus touchées et aux populations les plus vulnérables, y compris aux femmes enceintes. Mise en œuvre de la stratégie de couverture universelle en MILDA (dès 2010) avec distribution gratuite des MILDA aux femmes enceintes qui se rendent aux CPN et campagne d'éducation pour encourager leur utilisation.	Les MILDA sont une stratégie efficace par rapport aux coûts pour réduire l'incidence du paludisme pendant la grossesse. Les femmes enceintes sont moins susceptibles de contracter le paludisme si tous les membres de la famille dorment sous une MILDA. Une stratégie de couverture universelle, y compris distribution gratuite et volet communautaire pour encourager l'utilisation des MILDA démontrent l'engagement à une expansion rapide à la prévention pour tous.
	Stock inadéquat de SP en 2010	Collaborant avec le PNLP, la pharmacie nationale d'approvisionnement quantifie et achète la SP. Achat du SP nécessaire par le gouvernement plutôt que de dépendre du soutien des bailleurs de fonds.	S'il n'existe pas un approvisionnement suffisant en SP, les femmes enceintes ne peuvent pas recevoir le TPIg pendant les CPN, et cela laisse vulnérables au paludisme. Il est essentiel pour assurer la disponibilité de SP de mettre en priorité les femmes enceintes pour SP, de vérifier que le médicament correct est commandé, de comprendre la politique de distribution gratuite de SP dans les CPN et de gérer correctement les stocks aux niveaux national, régional et de district.

COMPOSANTE	DEFI/GOULOT D'ETRANGLEMENT	STRATEGIES DE MITIGATION ACTUELLES	LECONS RETENUES
Assurance de la qualité	Faible système de supervision constructive	<p>Mise au point de normes et de protocoles uniformisés pour les services de santé de la reproduction et pour les différents niveaux du système de santé.</p> <p>Formation des superviseurs portant sur l'utilisation des outils.</p>	<p>Une supervision formative régulière est nécessaire pour vérifier une prestation appropriée des services de lutte contre le paludisme pendant la grossesse. Une supervision formative est nécessaire pour combler les lacunes et identifier de nouveaux domaines programmatiques qui ont besoin d'attention et de soutien.</p> <p>Les normes d'assurance de la qualité qui peuvent être utilisées pour guider une supervision formative devraient être appliquées à tous les niveaux du système de santé et seront modifiées pour tenir compte du type de services disponibles dans les divers types d'établissement. Le manque de ressources pour une supervision formative ne devrait pas arrêter le processus mais des stratégies seront mises au point pour utiliser de la meilleure manière possible les ressources, notamment en donnant la priorité aux établissements de faible performance et à la supervision sur place.</p>
Renforcement des capacités	Performance inadéquate des prestataires au niveau de la fourniture des services de PPG.	<p>Le plan de formation sur la lutte contre le paludisme pendant la grossesse a été mis à jour récemment et il est dispensé à tous les professionnels de la santé (autres que les médecins qui suivent un programme différent qui comprend également un volet sur la lutte contre le paludisme chez la femme enceinte).</p> <p>Le PNLP vérifie que le personnel nouvellement recruté dans un établissement suit une formation en cours d'emploi sur la prévention et le contrôle du paludisme pendant la grossesse.</p> <p>Le PNLP a mis au point un cours complet sur le paludisme pour les médecins chefs et les superviseurs des soins de santé primaires.</p>	<p>De pair avec une supervision formative, le programme de formation pour la prévention et le contrôle du paludisme, y compris le paludisme pendant la grossesse, devrait être mis à jour régulièrement pour incorporer les changements dans les protocoles et la politique.</p>

COMPOSANTE	DEFI/GOULOT D'ETRANGLEMENT	STRATEGIES DE MITIGATION ACTUELLES	LECONS RETENUES
	Pénurie du personnel de soins de santé	Formation des ASC et évaluation de leur performance par les membres communautaires et le personnel des établissements de santé.	Une formation peut être donnée aux ASC pour qu'ils puissent donner des messages sur la prévention et le contrôle du paludisme pendant la grossesse aux femmes de la communauté, surtout si on manque de personnel clinique. Ces messages indiqueront l'importance de l'utilisation des moustiquaires pendant la grossesse, le fait de venir à quatre CPN et de prendre le TPIg. Si les ASC apportent cette information, cela réduira la charge de travail du personnel de santé des établissements, surtout s'il existe déjà une pénurie du personnel des CPN.
Sensibilisation et engagement communautaires	Consultations tardives des CPN Il faut encore augmenter l'utilisation des moustiquaires imprégnées aux insecticides chez les femmes enceintes	Le PNLP est engagé à travailler avec les organisations communautaires pour organiser les efforts de mobilisation sociale au niveau communautaire. Le PNLP a coordonné avec le Service national de l'éducation et de l'information sanitaires pour formuler et mettre en œuvre un plan de lutte contre le paludisme, y compris le paludisme pendant la grossesse.	L'engagement de la communauté dans les efforts de prévention et de contrôle du paludisme pendant la grossesse peut encourager les femmes à venir aux CPN au début de la grossesse et elles seront sensibilisées ainsi à l'importance de l'utilisation des MII et du TPIg. Des campagnes de CCC au niveau communautaire peuvent également aider à corriger les conceptions erronées sur l'utilisation des MII. La combinaison de services de qualité et d'extension communautaire dans les zones reculées élargit l'accès aux CPN et aux MII et renforce leur utilisation.
Suivi et évaluation	Suivi inadéquat des indicateurs du paludisme	Restructuration du système de S&E avec révision des formulaires et modèles de notification/compte rendu. Mise en place d'une base de données informatisée pour intégrer l'information standardisée entre les différents niveaux du système de santé.	Un bon suivi et une évaluation correcte des interventions de lutte contre le paludisme pendant la grossesse peuvent aider à informer les organismes d'exécution, les concepteurs des programmes et toutes les parties concernées sur les progrès réalisés en vue d'atteindre les objectifs souhaités et indiquer l'impact qu'on les activités actuelles de prévention du paludisme sur les femmes enceintes.

Réussites et meilleures pratiques

Malgré les nombreux obstacles, de 2005 à 2010, l'utilisation du TPIg et la proportion de femmes enceintes qui dorment sous une MII ont augmenté — témoignant ainsi de l'efficacité du programme de PPG au Sénégal. Il convient de relever plusieurs innovations au niveau de la formulation et de la mise en œuvre du programme PPG au Sénégal, car elles peuvent servir de modèles et être adaptées aux situations d'autres pays :

- **Formulation d'une politique claire du TPIg**
Le PNLP a collaboré avec les partenaires indiqués pour formuler la politique actuelle du TPIg qui est mise en œuvre sur l'ensemble du système de santé. S'inspirant de sa propre recherche nationale sur la résistance du parasite à la chloroquine, le Sénégal a adopté

l'approche à trois axes de l'OMS en 2003 concernant le TPIg, l'utilisation des MII et la prise en charge rapide des cas de paludisme chez les femmes enceintes. La politique a été traduite en directives nationales de prestation de services, programme de formation fondamentale et matériel pour la formation en cours d'emploi. Dans tous les établissements publics, le personnel souligne l'importance de l'utilisation du TPIg et des MII.

- **Intégration de PPG dans les CPN**

Les interventions de PPG font partie intégrante des services de SMI par le biais d'une plateforme de CPN focalisées. Vu que la plupart des femmes sénégalaises se rendent au moins une fois aux CPN, le Sénégal arrive à atteindre un nombre élevé de femmes enceintes au début de la grossesse en intégrant le PPG au programme établi de CPN.

- **Nets progrès dans les politiques et la logistique pour un accès maximum à la SP**

Le PNLN collabore avec les pharmacies centrales d'approvisionnement pour quantifier les montants corrects de SP nécessaires en fonction du nombre projeté de clientes, des taux de grossesse et de la prévalence du paludisme. La fourniture de SP gratuite pour les femmes enceintes permet d'étendre la couverture et peut les encourager à venir aux CPN et recevoir ainsi le paquet intégral des services prénatals.

- **L'engagement des ASC et des animateurs volontaires élargit l'accès aux services de PPG**

Le PNLN intervient par le biais des animateurs et des ASC pour atteindre les femmes enceintes dans les régions les plus reculées et leur apporter des messages sur l'importance de la fréquentation des CPN, la prise de SP et l'utilisation des MII. Les ASC sont un lien important entre les femmes enceintes et les établissements de santé, vérifiant que les femmes comprennent et utilisent les interventions de PPG qui sont disponibles par le biais des CPN.

- **Le système restructuré de S&E avec accès élargi et utilisation accrue aux données de PPG pour la prise de décisions**

Une plus grande sensibilisation et une expertise renforcée dans le pays concernant la connaissance des systèmes d'information sanitaire et amélioration de la qualité de données. Le PNLN a pu produire un rapport annuel basé sur des données nationales de PPG car les systèmes de données sont actuellement en place, dont une base de données avec une information au niveau des établissements. L'information est disponible et discutée à des intervalles réguliers pour étayer la prise de décisions programmatiques.

Conclusions et recommandations

En général, le Sénégal est arrivé à un niveau moyen à élevé dans la mise en œuvre des composantes essentielles de la lutte contre le paludisme pendant la grossesse. Les domaines enregistrant des points forts sont l'intégration, la formulation et l'application des politiques, le renforcement des capacités, le suivi et l'évaluation ainsi que la sensibilisation et l'engagement communautaires. Certains domaines demandant un renforcement sont ceux des produits, de l'assurance de qualité et du financement.

- **Intégration**

Le Sénégal a intégré le PPG et la lutte contre le VIH par le biais d'un programme de services de CPN, vérifiant que les femmes enceintes reçoivent un paquet holistique de soins.

Une des grandes leçons retenues du processus d'intégration, c'est que tous les partenaires concernés (paludisme, VIH, SR) devraient s'approprier les activités de santé et se sentir pleinement des parties prenantes. Un effort plus concerté est nécessaires pour renforcer la collaboration entre la Division de la SR, le PNLN et la Division de la lutte antipaludique

pour vérifier une bonne coordination des politiques, des directives et des activités entre les trois programmes. Il s'agit également de reconnaître qu'une fonction essentielle de la Division de la SR consiste à gérer le programme des CPN tout en faisant appel à la supervision et à l'orientation techniques du PNLN et de la Division de lutte contre le SIDA et les IST. Dans son Plan stratégique national 2011–2015, le PNLN indique que la collaboration s'améliorera entre la Division de la SR et le PNLN grâce à la formulation d'un plan conjoint de PPG.

- **Politiques**

Le Sénégal a mis au point des politiques explicites pour le PPG, qui peuvent être traduites et diffusées par le biais de directives pour les services nationaux et de matériel de formation, tant fondamentale qu'en cours d'emploi.

La politique est intégrée tant à la formation sur le paludisme qu'à la formation sur la PTME encore qu'il aurait été plus efficace d'avoir une seule formation pour les deux. Il reste aussi des problèmes d'adhésion à la politique, notamment une diffusion inadéquate. Un ensemble d'orientation simplifiée sur les éléments clés de la politique et des directives pour la lutte contre le paludisme pendant la grossesse pourra être diffusé rapidement aux prestataires de soins de santé dans les divers établissements. On rencontre une certaine résistance de la part de praticiens privés à adopter la SP plutôt que la chloroquine et ce problème est en train d'être réglé à l'heure actuelle par le biais d'un plaidoyer et de communication des résultats de la recherche scientifique, coordonnée par une personne focale se consacrant tout particulièrement au secteur privé. Il serait encore efficace d'inclure les praticiens privés à la diffusion et aux formations. L'utilisation de la quinine pour traiter les cas de paludisme pendant la grossesse, conformément à la politique actuelle du Sénégal, représente une lourde charge financière pour les femmes enceintes. Le PNLN prévoit de revoir la politique et de passer à l'administration des CTA pendant les second et troisième trimestres. Ce changement important permettra d'élargir l'accès au traitement pour les femmes enceintes souffrant de paludisme.

- **Produits**

Le Sénégal a déployé des efforts de taille pour vérifier que les produits se rapportant au PPG sont disponibles et d'un prix abordable pour toutes les femmes enceintes et, à cet effet, il distribue SP gratuitement et les MILDA à un prix réduit et il élimine les taxes sur les produits.

Tous les niveaux du système de santé ont connu un problème de stock inadéquat de SP. Malgré les ruptures de stocks récurrentes pour SP, les données montrent que l'utilisation de la première et de la seconde doses de TPIg est élevée comparée à d'autres pays. Il sera d'importance critique de traiter les aspects de l'approvisionnement en SP et gestion de stock de SP pour donner au Sénégal toutes les chances d'aller de l'avant vers la réalisation des objectifs mondiaux de l'utilisation du TPIg.

L'utilisation des MII parmi les femmes enceintes s'est nettement améliorée ces dernières années bien qu'un certain nombre de facteurs contribuent à l'incapacité d'atteindre l'objectif de 80% des femmes dormant sous un MII. La campagne sur la couverture universelle, démarrée en 2010, probablement l'engagement le plus important pris par le Sénégal pour atteindre chaque femme enceinte avec une MILDA, est axée sur une stratégie intégrale visant à évaluer les besoins des ménages, à distribuer gratuitement les MILDA par le biais de diverses campagnes et dans les CPN et d'encourager l'utilisation au niveau communautaire.

- **Assurance de la qualité**

Il existe des normes d'assurance de la qualité à tous les niveaux du système de santé en

fonction du type d'établissement dont des normes pour les activités de PPG dans le cadre de la prestation des CPN. Le feedback des visites de supervision est donné immédiatement aux superviseurs et prestataires de soins afin qu'ils puissent mieux comprendre les lacunes de la performance et améliorer la prestation.

En dépit de ces efforts, des visites régulières de supervision formative présentent encore un défi à cause du manque de ressources logistiques, du manque de temps et de personnel pour appliquer un processus qui demande des ressources humaines importantes et du manque d'application des recommandations émanant des visites de supervision.

Face à de telles contraintes, les répondants ont recommandé de cibler uniquement les établissements/domaines connaissant le plus de problèmes, de raccourcir les listes de pointage de la supervision et de travailler en étroite collaboration avec les prestataires pour vérifier que les recommandations sont appliquées. L'utilisation d'une supervision sur place, par le biais de laquelle une formation serait donnée aux superviseurs et au personnel de santé, pour qu'ils puissent appliquer les normes de PPG et faire ainsi l'auto-évaluation tant de la performance de l'établissement que de son personnel serait probablement une approche utile. Le MSP envisage également de mettre en œuvre une approche de financement basée sur la performance qui portera sur la prestation de services de PPG de qualité.

- **Renforcement des capacités**

Le PNLP exploite l'expertise locale et le soutien d'organisations internationales pour formuler et dispenser la formation en matière de PPG. Le PNLP a déployé les efforts nécessaires pour vérifier que l'éducation et la formation touchant à PPG soient dispensées à un certain nombre de niveaux : le personnel de santé entre en fonction après avoir suivi une formation avant l'emploi portant sur le PPG et les médecins chef et les superviseurs des soins de santé primaires bénéficient également d'une formation complète portant sur le paludisme. De plus, le PNLP organise des mises à jour sur la politique et les directives de la lutte antipaludique pour le corps enseignant des établissements pédagogiques privés.

Le PNLP a retenu en priorité l'amélioration de la supervision de la formation dans les districts de santé, les hôpitaux et les établissements privés. Une coordination insuffisante entre le PNLP, la Division de la SR et le Programme de lutte contre le VIH est à l'origine de formations répétées et inutiles qui sont données en cours d'emploi sur le PPG. La grande mobilité du personnel se répercute également de manière négative sur la gestion du programme de formation. Ces aspects pourraient être améliorés en instaurant une base de données sur la formation et en suivant la formation dispensée au personnel de santé. Il serait également utile à cet effet de combiner les formations sur le paludisme et la PTME en un seul paquet intégré.

- **Suivi et évaluation**

Le S&E est de l'ordre du défi au Sénégal bien que le PNLP ait fait un net pas en avant dans l'amélioration des systèmes de S&E ces dernières années. Le SNIS collecte des données et informations sanitaires sur les TPIg et les MII alors que le PNLP collecte quant à lui des données plus détaillées se rapportant au paludisme. Le PNLP reçoit des données sur une base trimestrielle du niveau district, revoit les données avec tous les districts et produit un rapport annuel grâce à ces systèmes de données qui sont en place. Les niveaux relativement élevés d'utilisation du TPIg2 au Sénégal pourraient s'expliquer partiellement par son solide système de S&E qui saisit les données pour cet indicateur.

Malgré ces efforts notables, il reste encore des défis à relever. Il convient d'améliorer la coordination et l'intégration des bases de données entre les programmes de lutte contre le

paludisme, lutte contre le VIH et SR et il faudrait créer un système général de S&E comprenant des plans et indicateurs du S&E des différents donateurs. Par ailleurs, les données sont insuffisantes sur les indicateurs de PPG provenant du secteur privé, nécessitant ainsi des interventions vers un plus grand engagement du secteur privé. Un renforcement des capacités s'avère également nécessaire aux niveaux décentralisés pour les compétences relevant du suivi et de l'analyse des données à l'intention des responsables, des prestataires de soins, des volontaires communautaires et d'autres personnes engagés dans la saisie et la gestion des données afin qu'ils comprennent mieux l'importance d'un système de gestion de qualité des données de PPG et des bénéficiaires pour leurs programmes et leurs clients.

- **Sensibilisation et engagement communautaires**

Le Sénégal a déployé un effort concerté pour engager les communautés dans les activités de prévention et de lutte antipaludique. La connaissance de PPG au sein de la communauté semble élevée grâce à diverses interventions. Le Sénégal a également collaboré avec les donateurs et les partenaires pour mettre en œuvre des interventions novatrices, à base communautaire, à l'exemple du programme CHP et de l'initiative Badjenou Gokh.

Les ASC jouent un rôle important pour sensibiliser au PPG des femmes qui n'ont pas accès aux services de santé. Le CHP détient le potentiel nécessaire pour se déployer à l'échelle nationale mais il se heurte à certains obstacles qu'il faudra supprimer au fur et à mesure de son expansion, surtout sous l'angle de la qualité et de la viabilité à long terme.

L'instauration d'une supervision formative des équipes des cases de santé permettrait de cibler et de corriger les problèmes récurrents au niveau de la disponibilité et de l'utilisation des formulaires de référence par les ASC, les registres incomplets des patients et la propreté/organisation des dépôts. La supervision ne pourra pas régler à elle seule le problème des ruptures de stock de médicaments bien qu'elle puisse décourager l'utilisation de médicaments périmés. Le CHP a eu un impact de taille sur la connaissance et l'utilisation des services des cases de santé de la part des communautés qui en dépendent maintenant. A l'avenir, la pérennisation du CHP est un aspect capital sur lequel devra se pencher le programme et les comités de santé communautaires. Si la SP pour le TPIg et les MILDA sont gratuits au Sénégal, de nouvelles approches sont pourtant nécessaires pour mobiliser des revenus qui aideront à soutenir le système de soins et à assurer la viabilité de la structure des cases de santé.

- **Financement**

Le Sénégal dépend de diverses sources de financement à l'appui de ses initiatives de la PPG. L'octroi de ses propres ressources pour financer pleinement la SP témoigne bien de l'engagement du gouvernement pour le programme de PPG. Le Sénégal a fait des efforts remarquables pour obtenir le financement pour les MILDA nécessaires pour déployer sa stratégie nationale de couverture universelle mais le besoin total estimé n'a pas encore pu être atteint. Il sera important de combler le déficit de financement des MILDA pour venir à bout du problème que le Sénégal a connu concernant la rupture des stocks de MILDA dans les CPN.

Références

Banque mondiale. 2011. *World Bank Development Indicators : Population 2010*. Banque mondiale: Washington, DC. Accès le 22 août 2011 à : <http://siteresources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/POP.pdf>.

Barry S, Putnam E, et Touré CT. 2011. *Lessons Learned from the USAID/Senegal Community Health Program (CHP). Final Evaluation of CHP, as Implemented by ChildFund. 2006–2011*. Initiatives Inc. : Boston, MA.

Christian Children's Fund, Inc. 2006. *Evaluation finale du Project CAMAT. Rapport final*. Août 2006.

El Hadri L. 2009. *Medicines Quality Monitoring Program : Implementation of the New Protocol and Evaluation of Activities at Touba Site*. Dakar, Senegal : Soumis à USAID par U.S. Pharmacopeia Drug Quality and Information Program. Accès le 18 janvier 2010 à : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PDACN070.pdf.

Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. 2009a. *Grant Performance Report*. Accès le 18 janvier 2010 à : http://www.theglobalfund.org/grantDocuments/SNG-102-G02-M-00_GPR_0_en.

Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. 2009b. *Performance-Based Funding at the Global Fund*. Accès le 18 janvier 2010 à : http://www.theglobalfund.org/documents/performance/Performance_PerformanceBasedFunding_Brochure_en/.

Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. 2007. *Senegal Grant Proposal Round 7*. Accès le 18 janvier 2010 à : <http://portfolio.theglobalfund.org/en/Grant/Index/SNG-708-G07-M>.

Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme. 2002. *Government of Senegal Project Proposal Form : Project for Strengthening the Fight Against Malaria, HIV/AIDS, and Tuberculosis in Senegal*. Dakar, Senegal. Accès le 18 janvier 2010 à : http://www.theglobalfund.org/grantDocuments/SNG-R01-ML_Proposal_0_en.

Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP). 2010. *Initiative Badjenou Gokh*. Programme communautaire pour la santé de la mère du nouveau-né et de l'enfant.

Ministère de la Santé et de la Prévention (MSP). 2007. *Directives Nationales pour le Traitement du Paludisme*. Programme National de Lutte contre le Paludisme, Senegal.

Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale. 2006. *Directives Nationales pour le Traitement du Paludisme*. Dakar, Senegal. Accès le 18 janvier 2010 à : <http://www.pnlp.sn/administration/Upload/documents/1167301299.pdf>.

Mwapasa V, Rogerson SJ, Molyneux ME, Abrams ET, Kamwendo DD, Lema VM, et al. 2004. The effect of *Plasmodium falciparum* malaria on peripheral and placental HIV-1 RNA concentrations in pregnant Malawian women. *AIDS*18(7): 1051–1059.

Ndiaye S et Ayad M. 2009. *Enquête Nationale sur le Paludisme au Sénégal 2008–2009*. Calverton, Maryland : Centre de Recherche pour le Développement Humain [Sénégal] et Macro International Inc. Accès le 18 janvier 2010 à : http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=942&srchTp=ctry&ctry_id=36&flag=pub&p_n=Senegal:%202008-09%20-%20MIS%20Final%20Report%20%28French%29.

Ndiaye S et Ayad M. 2007. *Enquete Nationale sur le Paludisme au Senegal 2006*. Calverton, Maryland : Centre de Recherche pour le Développement Humain [Sénégal] et Macro International Inc. Accès le 18 janvier 2010 à : http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=680&ctry_id=36&SrchTp=. Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale: Dakar.

Ndiaye S et Ayad M. 2006. *Enquête Démographique et de Santé au Sénégal 2005*. (EDS). Calverton, Maryland : Centre de Recherche pour le Développement Humain [Sénégal] and Macro International Inc. Accès le 18 janvier 2010 à : http://www.measuredhs.com/pubs/pub_details.cfm?ID=583&srchTp=ctry&ctry_id=36&flag=pub&p_n=Senegal:%20DHS,%202005%20-%20Final%20Report%20%28French%29.

Newman RD, Robalo M, et Quakyi I. 2004. *Malaria during Pregnancy : Epidemiology, Current Prevention Strategies, and Future Directions*. Accès le 18 janvier 2010 : http://www.cdc.gov/NCIDOD/EID/vol10no11/04-0624_09.htm.

Olliaro P, Delenne H, Cisse M, Badiane M, Olliaro A, Vaillant M, et al. 2008. Implementation of intermittent preventive treatment in pregnancy with sulphadoxine/pyrimethamine (IPTp-SP) at a district health center in rural Senegal. *Malar J* 7:234. Accès le 18 janvier 2010 à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2588629/pdf/1475-2875-7-234.pdf>.

ONUSIDA/Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2008. *Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS for Senegal*. ONUSIDA/OMS: Geneva, Switzerland. Accès le 17 janvier 2010 à : http://apps.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008_SN.pdf.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2010a. *Guidelines for the Treatment of Malaria, Second edition*. OMS : Geneva, Switzerland. Accès le 17 janvier 2010 à : http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547925_eng.pdf.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2010b. *World Malaria Report 2010*. OMS : Geneva, Switzerland. Accès le 17 janvier 2010 à : http://www.who.int/malaria/world_malaria_report_2010/worldmaliareport2010.pdf.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2009a. *Country Profile of Environmental Burden of Disease*. OMS : Geneva. Accès le 18 janvier 2010 à : http://www.who.int/quantifying_ehimpacts/national/countryprofile/senegal.pdf.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2009b. *World Malaria Report 2009*. OMS : Geneva, Switzerland. Accès le 17 janvier 2010 à : http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563901_eng.pdf.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2008. *Lives at Risk : Malaria in Pregnancy*. OMS : Geneva, Switzerland. Accès le 18 janvier 2010 à : <http://www.who.int/features/2003/04b/en/>.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2007. *Malaria in Pregnancy: Guidelines for Measuring Key Monitoring and Evaluation Indicators*. OMS : Geneva.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). 2004. *World Health Organization Malaria Country Profile - Senegal*. OMS : Geneva, Switzerland. Accès le 18 janvier 2010 à : <http://www.afro.who.int/malaria/country-profile/senegal.pdf>.

Pagnoni F. 2008. *Delivery of health services for malaria at the community level*. Présentation de PowerPoint à la conférence sur le paludisme, Defining the Role of Seasonal Intermittent Preventive Treatment in Children in Malaria Control. 6–8 October 2008. Dakar, Senegal : UNICEF/UNDP/Banque mondiale/OMS. <http://apps.who.int/tdr/research/antimalarial-policy-access/ppt/HMM-IPTc-Dakar-Oct08.ppt>.

Partenariat RBM. 2000. *The Abuja Declaration and the Plan of Action*. Un extrait de: The African Summit on Roll Back Malaria, Abuja, Nigeria, 25 April 2000. Accès le 17 janvier 2010 à : http://www.rollbackmalaria.org/docs/abuja_declaration_final.htm.

President's Malaria Initiative. 2010. *Malaria Operational Plan, Year Five - Fiscal Year 2011*. Accès le 18 janvier 2010 à : http://www.fightingmalaria.gov/countries/mops/fy11/senegal_mop-fy11.pdf.

President's Malaria Initiative. 2009. *Malaria Operational Plan, Year Four - Fiscal Year 2010*. Accès le 18 janvier 2010 à : http://www.fightingmalaria.gov/countries/mops/fy10/senegal_mop-fy10.pdf.

President's Malaria Initiative. 2008. *Malaria Operational Plan, Year Three - Fiscal Year 2009*. Accès le 18 janvier 2010 à : http://www.fightingmalaria.gov/countries/mops/fy09/senegal_mop-fy09.pdf.

President's Malaria Initiative. 2007. *Malaria Operational Plan, Year Two - Fiscal Year 2008*. Accès le 18 janvier 2010 à : http://www.fightingmalaria.gov/countries/mops/fy08/senegal_mop-fy08.pdf.

Programme National de Lutte Contre le Paludisme. 2010a. *Couverture Universelle en MILDA. Guide Méthodologique*. Senegal.

Programme National de Lutte Contre le Paludisme. 2010b. *Evaluation de la Campagne Intégrée de distribution de Moustiquaires Imprégnées à Longue Durée d'action, de vitamine A, et de mébendazole au Sénégal 2009*.

Programme National de Lutte Contre le Paludisme. 2010c. *Plan Stratégique National 2011–2015*.

Programme National de Lutte Contre le Paludisme. 2010d. *Revue des Performances du PNLP*. Senegal.

Programme National de Lutte Contre le Paludisme. 2009. *Rapport Statistiques 2009*. Senegal.

Programme National de Lutte Contre le Paludisme. 2008. *Rapport d'Activités Annuel 2008*. Dakar, Senegal.

Programme National de Lutte Contre le Paludisme. 2005. *Plan Stratégique National 2006–2010*.

Programme National de Lutte Contre le Paludisme. 2003. *Rapport Final. Atelier National de Consensus sur la Politique de Traitement Antipaludique au Senegal*.

Seck I, Fall IS, Faye A, Ba O, et Tal-Dia A. 2008. Malaria knowledge, attitudes and practices among women living in the rural area of Poponguine. *Trop Med (mars)* 68(6) : 629–33.

Service National de l'Information Sanitaire. 2009. *Annuaire Statistique 2008*. Dakar, Senegal : Ministère de la Santé, de la Prévention et de l'Hygiène Publique. Accès le 18 janvier 2010 à : <http://www2.sante.gouv.sn/IMG/pdf/anstatsep.pdf>.

Smine A, Diouf K, and Blum N. 2002. *USPDQI Antimalarial Drug Quality in Senegal*. Submitted to the U.S. Agency for International Development. United States Pharmacopeia. Accès le 18 janvier 2010 à : http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PNACW987.pdf.

Souares A, Lalou R, Sene I, Sow D, et Le Hesran JY. 2006. Knowledge and practice among health workers from the Thiès region with regard to new malaria treatment policies. *Santé publique*, 18(2) : 299–310.

Suh S, Moreira P, et Ly M. 2007. Improving quality of reproductive health care in Senegal through formative supervision : Results from four districts. *Hum Resour Health* 5 : 26. Accès le 18 janvier 2010 à : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2217524/pdf/1478-4491-5-26.pdf>.

Ter Kuile FO, Parise ME, Verhoeff FH, Udhayakumar V, Newman RD, Van Eijk AM, et al. 2004. The burden of co-infection with human immunodeficiency virus type 1 and malaria in pregnant women in sub-saharan Africa. *Am J Trop Med Hyg* 71(2 Suppl) : 41–54. Accès le 17 janvier 2010 à : http://www.ajtmh.org/cgi/reprint/71/2_suppl/41.

USAID/Global Health. 2008. *U.S. Pharmacopeia Drug Quality and Information (USP DQI) 2009 Senegal Work Plan*. USP DQI. Accès le 17 janvier 2010 à : http://www.fightingmalaria.gov/funding/contracts/uspdqi_senegal09.pdf.

Annexe 1

SOURCES DE DONNEES NATIONALES POUR LES ETUDES DE CAS

SOURCE DE DONNÉES	SENEGAL
EDS	1999, 2005
ENPS	2006, 2008-2009
Rapports du programme et du gouvernement	Qualité des soins (Suh et al 2007)
	Morbidité liée au paludisme (Service National de l'Information Sanitaire 2009)
Etudes de recherche	Plasmodium falciparum et VIH chez les femmes enceintes (Mwapasa et al 2004)
	TPIg au Sénégal (Olliaro et al 2008)
	Connaissances, attitudes et pratiques liées au paludisme (Seck et al 2008)
	Connaissance des politiques de traitement antipaludique (Souares 2006)
	Co-infection du VIH et du paludisme chez les femmes enceintes (TerKuile et al 2004)

Annexe 2

INDICATEURS PRIORITAIRES PPG ET SOURCES DE DONNEES CORRESPONDANTES

NIVEAU	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES	DONNÉES/ VALEURS	EMPLACEMENT DES DONNEES [SECTION (S) DU RAPPORT ET NUMEROS DE PAGE, URL]	COMMENTAIRES
Résultats	Pourcentage du personnel des services de soins prénatals qui a été formé (avant l'emploi, en cours d'emploi ou pendant des visites de supervision) en matière de lutte antipaludique pendant la grossesse ces 12 derniers mois (y compris TPI, conseils sur l'utilisation des MII et prise en charge des femmes enceintes)	SIGS			
	Pourcentage des établissements de santé notifiant des ruptures de stock du médicament recommandé pour le TPI (actuellement SP) ce dernier mois ou pendant la période déterminée (selon les directives nationales)	SIGS			
Effets	Pourcentage de femmes enceintes qui ont reçu des soins prénatals d'un prestataire qualifié	EDS 2005	91.1	Chapitre sur la santé maternelle et infantile, p. 136	
		EDS 1999	82.3	Chapitre sur la santé maternelle et infantile, p. 58	
	Pourcentage de femmes enceintes qui se sont rendues à deux CPN ou plus	EDS 2005	87.3	Chapitre sur la santé maternelle et infantile, p. 136	
		EDS 1999	77.1	Chapitre sur la santé maternelle et infantile, p. 58	
	Pourcentage de femmes enceintes recevant le TPI sous DOT (première dose, seconde dose, troisième dose, selon les directives nationales)	EDS 2005	Toute : 9.2	Chapitre sur le paludisme, p. 175	Comptes rendus des prises de SP
		EDS 1999	N/D		Données non disponibles pour 1999
		SIG 2008-2009	Toute : 75,5 Deux ou plus : 52.2	Chapitre 5 : Prévention et traitement du paludisme, p. 50	Note les doses de SP prises (deux doses ou plus)
		SIG 2006	Toute : 71.8 Deux ou plus : 51.2	Chapitre 4 : Prévention et traitement du paludisme, p. 28	Note les doses de SP prises (deux doses ou plus)

NIVEAU	INDICATEUR	SOURCE DE DONNÉES	DONNÉES/ VALEURS	EMPLACEMENT DES DONNÉES [SECTION (S) DU RAPPORT ET NUMEROS DE PAGE, URL]	COMMENTAIRES
	Pourcentage de ménages avec au moins une MII	EDS 2005	27.1	Chapitre sur le paludisme, p. 144	
		EDS 1999	N/D		Données non disponibles pour 1999
		SIG 2008-2009	63.3	Chapitre 4 : Possession et utilisation de moustiquaires, p. 34	
		SIG 2006	44.9	Chapitre 3 : Possession et utilisation de moustiquaires, p. 18	
	Pourcentage de femmes enceintes indiquant qu'elles ont dormi sous une MII la nuit précédente	EDS 2005	10.4	Chapitre sur le paludisme, p. 174	
		EDS 1999	N/D		Données non disponibles pour 1999
		SIG 2008-2009	28.5	Chapitre 4 : Possession et utilisation de moustiquaires, p. 43	
		SIG 2006	24.1	Chapitre 3 : Possession et utilisation de moustiquaires, p. 23	
Impact*	Pourcentage d'insuffisance pondérale à la naissance (<2500g), par parité	EDS 2005	6.3	Chapitre sur la santé maternelle et infantile, p. 144	Note la distribution en pourcentage de bébés avec un poids à la naissance inférieure à 2,5 kilogrammes
		EDS 1999	N/A		Données non disponibles pour 1999
	Pourcentage de femmes enceintes avec anémie sévère (Hb <7g/dl) pendant le troisième trimestre, par grossesse	SIG 2008-2009	N/A		L'ENPS de 2008-2009 fournit des données sur l'anémie chez les femmes, mais pas spécifiquement les femmes enceintes.

* Influencé par d'autres facteurs comme la nutrition, l'ankylostomiase et les naissances prématurées.

Annexe 3

MATRICE DES ETAPES DE MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LE PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE*

VOLETS DU PROGRAMME	ETAPE 1	ETAPE 2	ETAPE 3	ETAPE 4
Intégration	<p>Pas de réunion ou de communication entre le PNLP et la SR au niveau national</p> <p>Peu d'intégration au niveau district</p> <p>Pas d'intégration de la lutte antipaludique avec d'autres programmes de santé publique</p>	<p>Certaines réunions ou une certaine communication entre le PNLP et la SR au niveau national</p> <p>Effort d'intégration au niveau district</p> <p>Effort d'intégration entre la lutte antipaludique pendant la grossesse et d'autres programmes de santé publique</p>	<p>Partage d'information et de réunions régulières entre le PNLP et la SR au niveau national</p> <p>Priorité donnée à l'intégration au niveau du district</p> <p>Certains services paludisme pendant la grossesse, SA, santé infantile et VIH/SIDA sont regroupés dans les consultations</p>	<p>Stratégies et planification conjointes et partage d'information entre le PNLP et la SR au niveau national</p> <p>Le niveau district encourage l'intégration de la SR, de la santé infantile, du VIH/SIDA et paludisme pendant la grossesse sous l'angle administration et supervision</p> <p>Paludisme pendant la grossesse, SR, santé infantile et/ou VIH/SIDA sont fournis ensemble dans les services de santé</p>
Politiques	<p>Pas ou peu de politiques, stratégies ou directives de services pour la lutte contre le paludisme pendant la grossesse, disponibles dans le pays</p>	<p>Formulation de certaines politiques, stratégies ou directives de services pour la lutte contre le paludisme pendant la grossesse</p> <p>Pas de diffusion ou diffusion inachevée</p>	<p>Formulation de politiques, stratégies ou directives de services pour la lutte contre le paludisme</p> <p>Diffusion partielle</p> <p>Utilisation non connue ou incomplète</p>	<p>Politiques, stratégies ou directives de services pour la lutte contre le paludisme formulées et utilisées à tous les niveaux du système de santé</p>
Produits	<p>Systèmes d'achat et de distribution des antipaludiques et MII pour les CPN peu fonctionnels (ruptures de stock)</p> <p>Antipaludiques recommandés par l'OMS n'ont pas été approuvés</p>	<p>Systèmes d'achat et de distribution des antipaludiques et MII pour les CPN sont fonctionnels</p> <p>Antipaludiques recommandés par l'OMS ont été approuvés mais ne sont pas disponibles à grande échelle</p> <p>MII disponibles irrégulièrement</p>	<p>Systèmes d'achat et de distribution des antipaludiques et MII pour les CPN sont fonctionnels</p> <p>Antipaludiques recommandés par l'OMS ont été approuvés et sont largement disponibles</p> <p>MII disponibles dans de nombreux endroits</p>	<p>Systèmes d'achat et de distribution des antipaludiques et MII pour les CPN fonctionnent efficacement</p> <p>Antipaludiques recommandés par l'OMS toujours disponibles</p> <p>MII toujours disponibles</p>

VOLETS DU PROGRAMME	ETAPE 1	ETAPE 2	ETAPE 3	ETAPE 4
Assurance de la qualité	<p>Normes d'assurance de qualité pour la lutte contre le paludisme pendant la grossesse ne sont pas mises au point</p> <p>Supervision constructive n'est pas en place pour maintenir la qualité des services de lutte contre le paludisme pendant la grossesse</p> <p>Qualité médiocre des services de lutte contre le paludisme pendant la grossesse</p>	<p>Normes d'assurance de qualité pour la lutte contre le paludisme pendant la grossesse mises au point mais pas utilisées à grande échelle</p> <p>Supervision constructive plus ou moins mise en place pour maintenir la qualité des services de lutte contre le paludisme pendant la grossesse</p> <p>Qualité inadéquate des services de lutte contre le paludisme pendant la grossesse</p>	<p>Normes d'assurance de qualité pour la lutte contre le paludisme pendant la grossesse mises au point et utilisées dans certaines régions</p> <p>Supervision constructive de plus en plus utilisée</p> <p>Qualité modérée des services de lutte contre le paludisme pendant la grossesse</p>	<p>Normes d'assurance de qualité pour la lutte contre le paludisme pendant la grossesse mises au point et utilisées systématiquement</p> <p>Supervision constructive de utilisée constamment</p> <p>Qualité élevée des services de lutte contre le paludisme pendant la grossesse</p>
Renforcement des capacités	<p>Pas de formation axée sur la compétence pour la lutte contre le paludisme pendant la grossesse n'a été planifiée</p> <p>Le programme de formation en soins infirmiers/obstétrique et médecine n'est plus à jour concernant la lutte contre le paludisme pendant la grossesse</p>	<p>Formation axée sur la compétence pour la lutte contre le paludisme pendant la grossesse est planifiée et dispensée de manière limitée</p> <p>Le programme de formation en soins infirmiers/obstétrique et médecine a été revu concernant la lutte contre le paludisme pendant la grossesse mais il n'est pas enseigné régulièrement aux étudiants</p>	<p>Formation axée sur la compétence pour la lutte contre le paludisme pendant la grossesse dispensée à un grand nombre de prestataires</p> <p>Le programme de formation en soins infirmiers/obstétrique et médecine a été revu concernant la lutte contre le paludisme pendant la grossesse au programme de la plupart des établissements d'enseignement</p>	<p>Formation axée sur la compétence pour la lutte contre le paludisme pendant la grossesse dispensée à tous les prestataires concernés</p> <p>Le programme de formation en soins infirmiers/obstétrique et médecine mis à jour sur la lutte contre le paludisme pendant la grossesse au programme de tous les établissements d'enseignement</p>
Sensibilisation et engagement communautaires	<p>Faibles action/sensibilisation communautaires pour la lutte contre le paludisme pendant la grossesse</p> <p>Pas de ressources disponibles pour la communauté</p> <p>Faible acceptation communautaire des mesures de prévention et de traitement du paludisme pendant la grossesse (MII, TIPg et prise en charge de cas)</p>	<p>Action/sensibilisation communautaires pour la lutte contre le paludisme pendant la grossesse par le biais de travaux de recherche et plaidoyer</p> <p>Peu de ressources pour la communauté</p> <p>Une certaine acceptation communautaire des mesures de prévention et de traitement du paludisme pendant la grossesse</p>	<p>Fortes action/sensibilisation communautaires pour la lutte contre le paludisme pendant la grossesse par le biais de recherches et plaidoyer</p> <p>Ressources adéquates disponibles partout pour la communauté</p> <p>Acceptation communautaire modérée des mesures de prévention et de traitement du paludisme pendant la grossesse</p>	<p>Les groupes d'action communautaires sont de solides partenaires dans les efforts de prévention du paludisme pendant la grossesse</p> <p>Disponibilité constante de ressources adéquates</p> <p>Vaste acceptation communautaire des mesures de prévention et de traitement du paludisme pendant la grossesse</p>

VOLETS DU PROGRAMME	ETAPE 1	ETAPE 2	ETAPE 3	ETAPE 4
Suivi et évaluation	Données régulières pour la prestation de services de lutte contre le paludisme pendant la grossesse ne sont pas disponibles Pas d'indicateurs pour la lutte contre le paludisme pendant la grossesse Pas d'information initiale ¹³ ou de résultats de la recherche pour le pays	Données régulières pour la prestation de services de lutte contre le paludisme pendant la grossesse sont disponibles Indicateurs pour la lutte contre le paludisme pendant la grossesse sont conçus mais ne sont pas intégrés au système national Il existe une certaine d'information initiale ou de résultats de la recherche pour le pays	Données régulières pour la prestation de services de lutte contre le paludisme pendant la grossesse sont disponibles, collectées et notifiées Indicateurs acceptés pour la lutte contre le paludisme pendant la grossesse et démarrage de la collecte de données Information initiale ou résultats de la recherche pour le pays	Données régulières pour la prestation de services de lutte contre le paludisme pendant la grossesse sont disponibles, collectées, notifiées et utilisées pour la prise de décisions Indicateurs pour la lutte contre le paludisme pendant la grossesse collectés régulièrement Etudes finales conçues pour saisir l'accomplissement et/ou réalisation d'études sur l'impact
Financement	Le gouvernement national n'a pas engagé de fonds pour les programmes de lutte contre le paludisme pendant la grossesse Il n'existe pas de financement des bailleurs de fonds pour les programmes de lutte contre le paludisme pendant la grossesse Pas de proposition présentée de demande de financement pour la lutte contre le paludisme pendant la grossesse	Le gouvernement national a engagé des fonds adéquats pour couvrir les coûts projetés des programmes de lutte contre le paludisme pendant la grossesse Il existe un financement limité des bailleurs de fonds pour les programmes de lutte contre le paludisme pendant la grossesse	Le gouvernement national a engagé des fonds suffisants pour couvrir une grande partie des coûts projetés des programmes de lutte contre le paludisme pendant la grossesse Il existe un solide financement des bailleurs de fonds pour les programmes de lutte contre le paludisme pendant la grossesse	Le gouvernement national a engagé et déboursé des fonds couvrant une grande partie des coûts des programmes de lutte contre le paludisme pendant la grossesse Il existe un ample financement des bailleurs de fonds utilisé efficacement pour les programmes de lutte contre le paludisme pendant la grossesse

* Les sections mises en évidence en mauve représentent le stade de mise en œuvre du Sénégal pour la composante en question.

¹³ Information initiale pertinente : utilisation communautaire des approches de lutte contre le paludisme pendant la grossesse, épidémiologie de la transmission du paludisme et pharmacovigilance.

Annexe 4

ORGANISATIONS PARTENAIRES DE PPG

ORGANISATION	FINANCEMENT	MISE EN OEUVRE	PORTEE DU PROGRAMME DE PPG	EMPLACEMENT	SOURCE DE FINANCEMENT	DATE FINALE
IntraHealth		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Superviser et suivre les CPN ▪ Soutenir la stratégie pour fournir des CPN, le TPI et les MIILDA aux femmes enceintes au niveau communautaire, par le biais des activités d'extension communautaire des postes de santé ▪ Renforcer les services de PPG dans les établissements de santé ▪ IEC/mass media pour fréquentation précoce des CPN et utilisation du TPIg ▪ Améliorer la prise en charge des cas avec les ACT au niveau des établissements de santé 	Echelle nationale	USAID/PMI	2011
DELIVER		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acheter les MIILDA ▪ Acheter les ACT 	Echelle nationale	USAID/PMI	
Fonds mondial de lutte contre le SIDA, la tuberculose et le paludisme	X		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fournir subvention du round 7 pour les interventions antipaludiques (MILDA, IEC/BCC) 	Echelle nationale	Pays donateurs	2012
UNICEF	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acheter et distribuer les MILDA 		Pays membres de l'ONU	
Organisation mondiale de la Santé (OMS)	X	X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutenir la formulation de politiques et de directives ▪ Apporter un soutien technique pour la quantification de SP 	N/D	Pays membres de l'ONU	N/D
Islamic Development Bank (IDB)	X		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Accorder des subventions au PNLP pour les MILDA 	N/D		
ChildFund International		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Soutenir la mobilisation communautaire et le changement comportemental pour le paludisme, y compris le soutien pour le PPG ▪ Réaliser au niveau communautaire les TDR et ACT par le biais des cases de santé 	Echelle nationale	USAID/PMI	2011

ORGANISATION	FINANCEMENT	MISE EN OEUVRE	PORTEE DU PROGRAMME DE PPG	EMPLACEMENT	SOURCE DE FINANCEMENT	DATE FINALE
NetWorks		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acheter et distribuer les MILDA ▪ Réaliser IEC/BCC pour promouvoir l'utilisation des moustiquaires 	Echelle nationale	USAID/PMI	2014
MSH		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Former et superviser la gestion du stock pharmaceutique (y compris SP, quinine) 	Echelle nationale	USAID/PMI	
USP		X	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suivre qualité des médicaments/surveillance du post-marketing (y compris SP) 	Echelle nationale	USAID/PMI	

Annexe 5

RESSOURCES SUR LE WEB

Cadre Stratégique pour la Prévention et la Lutte contre le Paludisme pendant la Grossesse dans la Région africaine (Organisation mondiale de la Santé)

http://www.rollbackmalaria.org/toolbox/fr/tool_MalariaPreventionInPregnancy.html

Malaria in Pregnancy (MiP) Consortium

<http://www.mip-consortium.org/>

Kit de ressources pour le Paludisme pendant la grossesse

<http://www.jhpiego.org/files/malerialrp/french/index.html>

Maternal and Child Health Integrated Program (MCHIP)

<http://www.mchip.net>

President's Malaria Initiative (PMI)

<http://www.fightingmalaria.gov/>

Roll Back Malaria (RBM) – Le partenariat pour un monde sans paludisme

<http://www.rbm.who.int/fr/index.php>